This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

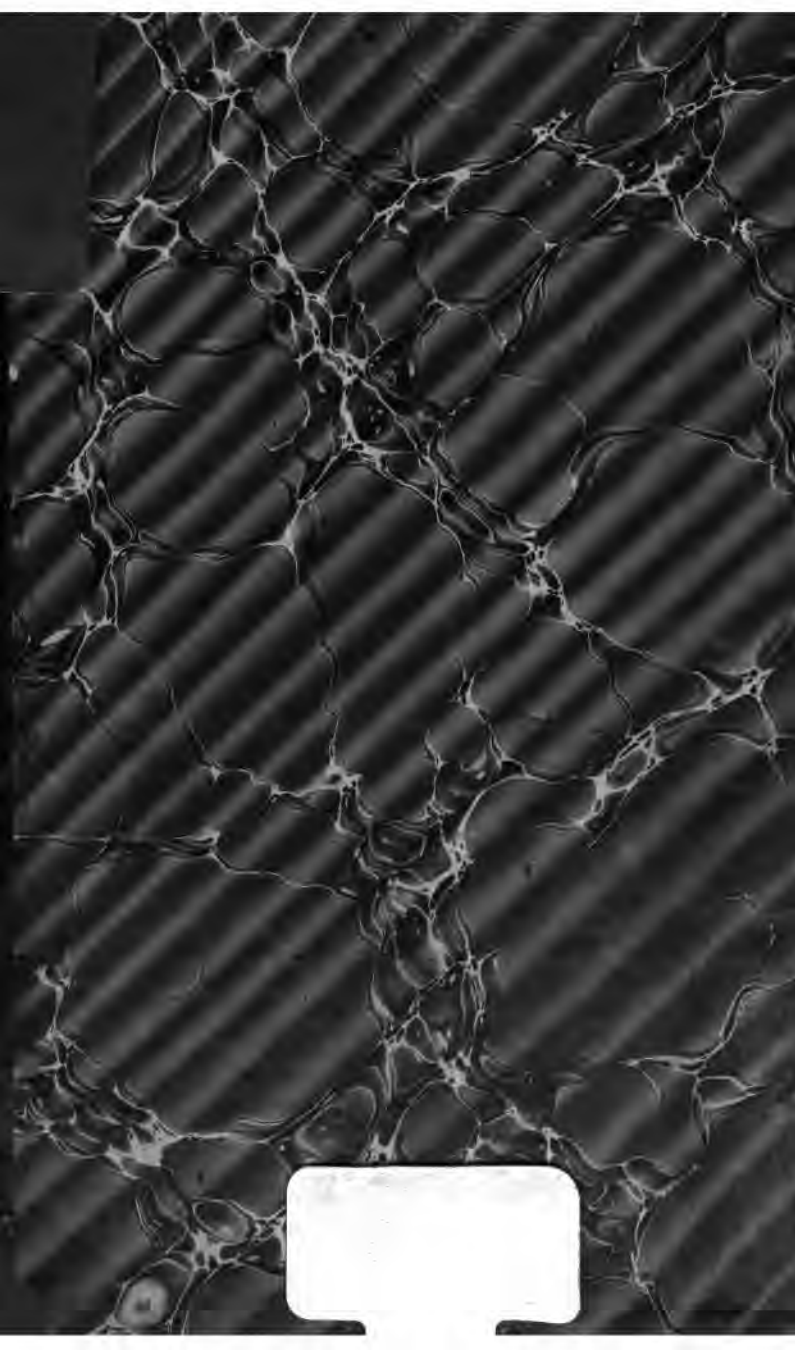
+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

HC 4NGM B



27. B. 142

Mr. Mayflower

3/2 br

Dr. Wegscheider

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DE LA PEAU

CHEZ LES ENFANTS.

CORBEIL, imprimerie de CRÉTÉ.

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DE LA PEAU

CHEZ LES ENFANTS

PAR

LE Dr CH. CAILLAULT

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS, ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

PARIS

J. B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Rue Hautefeuille, 19

LONDRES

HIP. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET

NEW-YORK

HIP. BAILLIÈRE, 290, BROADWAY

A MADRID, BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11

1859

1680

AVANT-PROPOS

Chez l'enfant où tous les actes de la vie végétative ont une activité extraordinaire, les fonctions de la peau peuvent être modifiées par des agents extérieurs ou intérieurs plus rapidement et plus énergiquement que chez l'adulte. Aussi les maladies de la peau sont-elles plus fréquentes et plus nombreuses dans l'enfance qu'à tout autre âge.

C'est aussi pourquoi les grandes maladies de toute l'économie sont le plus souvent accompagnées d'expressions cutanées symptomatiques.

Les conditions physiologiques et anatomiques peuvent, jusqu'à un certain point, rendre compte de l'extrême sensibilité morbide de l'enfance.

L'énergie de toutes les fonctions d'assimilation et d'organisation, démontrée par la richesse vasculaire de tous les tissus, est d'autant plus grande que l'enfant est plus jeune.

C'est principalement dans cette période d'accroissement qui caractérise la première enfance que la

peau joue un rôle important, et qu'on peut répéter avec un illustre nosologiste : La peau répond à tous les viscères, et participe en quelque sorte à toutes les fonctions.

Il est une autre cause qui contribue encore à augmenter le nombre des maladies de la peau dans la jeunesse ; nous voulons parler de l'aptitude toute spéciale à subir les contagions. En effet, celles-ci, quelles qu'elles soient, agissent alors avec une énergie qui ne se retrouve à aucun autre âge de la vie.

Si l'on étudie l'enfance en général au point de vue de ses principaux actes physiologiques et de ses maladies habituelles, on est disposé à accepter la division déjà ancienne de cet âge en trois périodes.

La *première* commence à la naissance et finit après la première dentition. Sa durée est d'environ trente mois. C'est dans cette période où le mouvement organique est si rapide, que la mortalité s'élève à son maximum.

La *seconde* comprend depuis la fin de la première dentition jusque vers la sixième ou septième année.

La *troisième* s'étend de la septième année jusqu'à la puberté; elle est caractérisée par la dentition définitive, et vers la fin de cette troisième période, survient le développement des organes sexuels. A cette époque, la santé de l'enfant fait place à celle de l'âge mûr ; c'est dans cette même période que la mortalité descend à son minimum.

Il existe chez l'enfant ce qu'on pourrait appeler l'âge apparent et l'âge réel. Ainsi, par exemple, tel jeune sujet atteindra 15 ou 18 ans sans avoir vu survenir les phénomènes qui caractérisent la puberté, tandis qu'un autre, dès l'âge de 13 ans, devra être considéré comme un adolescent. Il en est de même pour la première et la seconde enfance. Aussi pensons-nous que pour apprécier médicalement les âges, il faut prendre en considération les grands faits physiologiques qui servent de base aux périodes établies.

Avant d'entrer en matière, nous devons dire quel est notre but, et donner au lecteur les motifs de ce travail.

Pendant deux années d'internat écoulées à l'hôpital des Enfants malades, notre attention s'est dirigée surtout sur les maladies de la peau. Depuis lors, ayant continué cette étude, nous avons acquis la certitude que cette grande classe de maladies offrait dans l'enfance des *particularités* assez importantes pour mériter une description spéciale. Aussi, dans ce livre purement clinique, avons-nous rassemblé, sans considérations historiques et sans prétention à l'érudition, ce que nous avons vu et étudié comparativement chez l'enfant au point de vue des maladies cutanées.

S'il faut se tenir en garde contre la tendance naturelle à s'exagérer l'importance des choses sur les-

quelles on porte son attention pendant longtemps, il ne faut pas non plus vouloir les amoindrir.

Nous insisterons non-seulement sur les maladies propres à l'enfance, mais encore nous recherche-rons avec soin les particularités spéciales au jeune âge, dans les affections qui lui sont communes avec l'âge adulte. Car ce sont surtout ces *nuances*, ces *dissemblances*, qu'il importe de faire connaître, puisqu'elles jouent dans les maladies de l'enfance un rôle des plus importants, à tel point que ces particularités constituent en quelque sorte une pathologie à part dans la grande classe des dermatoses.

Il est, en outre, un point jusqu'ici complétement négligé, qui porte avec lui un vif intérêt. C'est l'étude des maladies de la peau, considérées dans leur rapport avec l'évolution des âges. Nous nous sommes attaché dans tout le cours de ce travail à faire ressortir l'importance fournie par la considération de l'âge relativement à la fréquence ou même à la possibilité des diverses lésions cutanées.

20 janvier 1859.

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DE LA PEAU

CHEZ LES ENFANTS

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Sans avoir la prétention de faire une classification, nous avons groupé les maladies comme nous les avons vues apparaître au lit des malades, où médicalement, la nomenclature de Willan ne sert plus que comme un très-bon moyen d'analyse.

Si, dans nos descriptions, il existe des maladies affectant les muqueuses, c'est qu'il nous a paru d'une saine observation de rapprocher ce qui se trouve si intimement uni dans les symptômes diathésiques dont la localisation s'établit sur les systèmes tégumentaires interne et externe.

Pour résumer en quelques mots, nous dirons que notre but, dans ce travail, est :

1° D'étudier chez l'enfant les maladies cutanées dans leurs rapports avec les âges ;

2° De montrer que les maladies cutanées chez l'enfant sont le plus souvent des symptômes constitutionnels.

Nous avons dû bannir de cette étude les fièvres dites éruptives, qui sont véritablement de grandes maladies contagieuses spécifiques sortant du cadre des maladies cutanées.

Nous avons présenté ces maladies de l'enfance, en neuf groupes distincts qui les embrassent toutes.

Ils ont été placés successivement, d'après l'ordre d'apparition, suivant l'évolution des âges, et non point d'après leur ordre de fréquence, chaque période ayant pour ainsi dire ses maladies. C'est pourquoi, prenant l'enfant à la naissance, nous l'avons suivi jusqu'à la puberté; commençant par les groupes qui apparaissent de préférence dans les premiers temps de la vie, nous avons dû terminer par ceux dont les affections se manifestent indistinctement à tous les âges de l'enfance.

1° Syphilis.....	Plaque muqueuse.
2° Maladies strophuleuses.....	Strophulus. — Intertinctus. — Albidus. — Candidus. — Volaticus. — Confertus. — Érythème. — Roséole. — Vésicules. — Pustules.
3° Maladies lymphatiques.....	Achores. Engelures. Acné mosculoïde.

4° Maladies scrofuleuses.....	Scrofule cutanée. Lupus. Impétigo.
5° Maladies dartreuses.....	Prurigo. Lichen. Eczéma. Lèpre. Psoriasis. Pityriasis. Ichthyose.
6° Maladies parasitiques.....	Favus. Herpès tonsurant. Teigne pelade. Gale.
7° Maladies hémorrhagiques....	Purpura.
8° Maladies cachectiques.....	Pemphygus cachectique. Rupia. Ecthyma cachectique. Gangrène phagédénique. Diphthérite cachectique.
9° Maladies inflammatoires.....	Ecthyma. Pemphygus. Herpès. Zona. Érythème. Roséole. Urticaire. Érysipèle.

Ces groupes nous paraissent représenter fidèlement les résultats de l'observation faite au point de vue nosologique. Seulement nous ajouterons que la dénomination et la formation même de ces groupes n'expriment pas qu'il ne peut exister telle ou telle maladie cutanée en dehors de la diathèse dont le groupe portera le nom. Ainsi, par exemple, nous voyons

l'impétigo rangé dans les maladies scrofuleuses : cela veut dire que le plus souvent, en effet, il est l'une des expressions de la scrofule. De même l'eczéma se trouve placé dans les maladies dartreuses ; et pourtant il arrive parfois de rencontrer l'eczéma chez des scrofuleux, et de l'impétigo chez des dartreux.

C'est qu'aucune classification ne peut avoir la prétention d'être rigoureusement absolue, sous peine de s'agrandir d'une façon qui la rend confuse. En jetant un coup d'œil sur ce tableau, on rencontre dans la composition de ces groupes un certain nombre de lésions cutanées s'y retrouvant plusieurs fois.

Cette confusion apparente exprime, suivant nous, une vérité clinique.

En effet, il arrive fréquemment de constater telle ou telle lésion, comme expression élémentaire servant à caractériser des maladies cutanées très-distinctes d'après la cause, la marche et le traitement.

Malgré l'identité plus ou moins grande des lésions, il est difficile de rapprocher ces maladies, à moins de faire abstraction des grands caractères généraux et de tout subordonner, comme l'a fait Willan, à la notion anatomo-pathologique.

PREMIÈRE CLASSE

SYPHILIS

La syphilis, chez l'enfant, se présente avec des caractères si peu semblables à ceux qu'elle offre chez l'adulte que, malgré tous les travaux dont elle a été l'objet, c'est encore une des maladies du jeune âge qui montrent les plus grandes difficultés et le plus grand nombre de points obscurs à élucider. En effet, l'origine et les symptômes vénériens ne sont plus ici les mêmes que chez l'adulte ; ils diffèrent par leur nombre, leur marche, leur aspect et leur pronostic. Ce serait s'exposer à de graves erreurs que de vouloir appliquer le résultat des observations recueillies chez les syphilitiques adultes à cette partie toute spéciale de la pathologie surtout des nouveau-nés.

Dans l'âge mûr, la syphilis suit les périodes dont l'évolution est plus ou moins rigoureuse et régulière, tandis que, au premier âge, au contraire, les symptômes primitifs sont insaisissables ou n'existent pas : les accidents secondaires constituent à eux seuls toute la maladie, et les phénomènes dits tertiaires ne se rencontrent jamais. Enfin, disons de suite qu'il apparaît chez l'enfant, dans certains états particuliers de l'éco-

nomie, des lésions diverses à l'ensemble desquelles on pourrait presque donner le nom de pseudo-syphilis.

La plupart des auteurs ont employé indifféremment, pour désigner la maladie qui nous occupe, les mots de syphilis héréditaire, syphilis congéniale, syphilis par génération, syphilis infantile, syphilis des nouveau-nés. Ces expressions ne sont pas cependant synonymes dans la pensée de plusieurs écrivains ; aussi, à l'exemple du docteur Diday, nous servirons-nous des dénominations de syphilis *congéniale* et de syphilis *acquise*.

Cette division naturelle résume, en effet, l'étude de la syphilis du jeune âge. Seulement nous traiterons brièvement la seconde de ces formes, parce qu'elle offre peu de particularités distinctes et par cela moins d'intérêt, tant à cause de sa rareté que par sa ressemblance avec la syphilis de l'adulte.

SECTION I. — SYPHILIS ACQUISE.

On doit entendre par syphilis acquise chez le nouveau-né toute syphilis pénétrant dans l'économie par une voie autre que la voie congéniale.

Les conditions de finesse du système tégumentaire externe, les attouchements incessants par les soins continuels que réclame le jeune enfant devaient faire supposer une certaine fréquence dans les faits de contagion virulente. Cette idée avait été autrefois très-acceptée, de même que des chancres siégeant aux organes génitaux des mères étaient considérés comme

produisant fréquemment la syphilis acquise chez le nouveau-né, qui se trouvait ainsi infecté au passage vulvaire. Cette assertion théorique n'était qu'une présomption, car il est très-difficile de rencontrer dans les nombreuses observations de syphilis quelques faits bien clairs et bien authentiques d'un pareil mode de transmission. On reconnaît facilement que ce sont les affections blennorrhagiques qui fournissent surtout les principales données à une telle croyance.

Mais nulle part on ne rencontre des preuves bien avérées de l'existence chez un enfant d'un chancre initial de la vérole, pris au passage vulvaire. D'ailleurs, les conditions qu'entraîne l'accouchement lui-même paraissent être une protection suffisante contre une pareille contamination.

La syphilis acquise peut se produire accidentellement par le transport d'un virus souillant les doigts des personnes chargées des nouveau-nés, ou enfin, comme en a cité un exemple le professeur Trousseau. Une mère était à l'hôpital Necker affectée de blennorrhagie avec des chancres à la vulve; elle faisait coucher son nourrisson près d'elle; sa chemise et celle de l'enfant se relevant, les fesses de celui-ci se trouvaient en contact avec le pénil de la mère, dont les poils étaient imprégnés de virus. Après un certain temps, le savant professeur constata sur l'une des fesses de l'enfant un chancre huntérien des mieux caractérisés, semblable en tous points à ceux de l'adulte. De même on a des exemples avérés de nourrices assez dépravées pour apaiser les cris des enfants

à l'aide de manœuvres obscènes et transporter ainsi avec leurs mains imprégnées de virus l'affection spécifique sur les parties génitales de leur nourrisson.

Mais la cause la plus fréquente, et qui soulève les plus grandes difficultés, est sans contredit l'infection directe des nourrissons par le sein même des nourrices. Cette question touche, en effet, aux sujets les plus complexes de contagion de symptômes syphilitiques dont nous aurons à parler plus tard à l'occasion de la syphilis congéniale. Nous admettons, avec le plus grand nombre des auteurs, que l'enfant prend quelquefois la maladie du sein même de la nourrice par des lésions spécifiques développées sur le mamelon. Là commencent les dissidences pour l'interprétation des faits. Il n'entre point dans notre sujet de développer tous les points de doctrine soulevés à l'occasion de ces transmissions, nous bornant à étudier les manifestations cutanées des deux espèces de syphilis chez l'enfant.

Pour nous, le chancre primitif dans les premiers instants de la vie est une véritable exception. Quand par hasard il a existé, le médecin peut alors suivre la filiation ordinaire jusqu'aux accidents secondaires inclusivement et voir la syphilis se développer à la façon de ce qui se passe chez l'adulte. C'est dans ces cas rares que la *syphilis acquise* prend des *analogies intimes* avec celle de l'âge mûr. Mais lorsque le nouveau-né contracte par sa nourrice les accidents secondaires transmissibles (la plaque muqueuse), il prend une syphilis qui présente tous les traits de la syphilis con-

géniale. D'où il suit naturellement que nous ne décrirons avec détails que les manifestations cutanées de la syphilis congéniale, *qui à elle seule constitue véritablement toute la syphilis des jeunes enfants*. Avant de quitter la syphilis acquise, nous devons mentionner que, pendant la seconde enfance et l'adolescence, elle parcourt ses périodes comme dans l'âge adulte, sans ralentir ni accélérer l'évolution de ses symptômes.

SECTION II. — SYPHILIS CONGÉNIALE.

Cette forme de syphilis est remarquable à plus d'un titre; d'abord elle puise son origine en dehors de l'inoculation et les accidents secondaires qui signalent son début sont vraiment primitifs.

La transmission de la syphilis congéniale des parents au fœtus, pendant la vie intra-utérine, est pour la physiologie un problème plein de mystère. On accepte généralement sans contestation que l'enfant peut être infecté suivant deux manières par le fait de la mère, soit que celle-ci ait été contaminée avant la conception, soit qu'elle contracte la vérole pendant la grossesse. Plusieurs auteurs, avec M. Ricord, ont admis que l'infection du fœtus ne pouvait plus s'effectuer, la mère étant prise de syphilis après le sixième mois de l'évolution fœtale. Cette assertion ne peut être désormais maintenue, M. le docteur Cullerier ayant des faits actuellement assez nombreux pour démontrer que l'hérédité peut se produire à tous les âges du fœtus et

à toutes les périodes de l'infection de la mère. L'influence syphilitique par la transmission paternelle est également démontrée; mais la durée de la possibilité de la transmission paraît être limitée, d'après les recherches du docteur Deville, jusqu'aux accidents tertiaires exclusivement.

Lorsque le père et la mère sont tous deux syphilitiques au moment de la conception, l'infection du fœtus est inévitable, au dire de tous les syphiliographes, mais il est loin d'en être de même quand l'un des parents est seul infecté. L'enfant, d'ailleurs, hérite des traits, de l'intelligence, des aptitudes morbides et même de certaines maladies de ses ascendants. On sait que la prédominance maternelle ou paternelle dans ces héritages est pour la physiologie d'une complète obscurité, et il ne répugne nullement d'admettre qu'un enfant engendré par une mère syphilitique même pendant des manifestations caractéristiques pourra naître avec la santé et les aptitudes d'un père n'ayant point été contaminé et *vice versâ*. Dans ces derniers cas, qui de beaucoup sont les plus fréquents, la syphilis congéniale rentre dans les voies ordinaires de la transmission des maladies héréditaires, telles que la scrofule, la folie, etc., où si souvent il arrive que, parmi plusieurs frères et sœurs, les uns subissent l'origine défectueuse, tandis que les autres évitent l'hérédité funeste en apportant au monde la santé de la souche saine.

Legendre, dans sa thèse : *Nouvelles recherches sur les syphilides* (1841), donne ainsi le résultat de ses observations sur le point de doctrine : « Parmi les 63

« malades que j'ai eus sous les yeux, il s'en trouve « 14 qui eurent pendant la période de temps qui sépara « la disparition des symptômes primitifs du dévelop- « pement de l'éruption vénérienne un nombre total de « 60 enfants; sur ce nombre, 35 étaient morts sans « avoir jamais présenté d'éruption sur le corps; « l'époque de la mort déterminée chez ces enfants « donna pour moyenne 7 ans; extrêmes, 2 ans et « 22 ans. J'eus soin de noter l'âge moyen auquel la « mort était arrivée, car bien que Nisbeth, Doublet, « Bertin aient dit que ce soit du huitième au dixième « jour après la naissance que les accidents vénériens « se manifestent chez les enfants, Doublet avait aussi « avancé que les symptômes d'infection n'apparais- « sent quelquefois qu'au bout de 8 mois, et il se de- « mandait même si ce germe ne pouvait pas aller plus « loin et s'il n'était pas la source des écrouelles, ques- « tion qui avait été déjà agitée par Astruc. Il était im- « portant de savoir à quelle époque les enfants avaient « succombé; car si cet événement avait eu lieu 3 ou 4 « jours après la naissance, on aurait pu dire que les « enfants n'avaient pas vécu assez longtemps pour que « les signes de la syphilis constitutionnelle se mani- « festassent.

« Quant aux 33 enfants qui vivaient, ils jouissaient « d'une bonne santé et offraient un âge moyen de « 17 ans; extrêmes, 1 an et 38 ans. Tous nos résul- « tats ayant été identiques, nous admettons que pres- « que toujours la santé des enfants ne recevra aucune « influence fâcheuse de l'état latent de la syphilis exis-

« tant chez le père à l'époque de la naissance de ses « enfants. Je dois dire aussi que des 24 femmes ma- « riées à des individus atteints plus tard de syphilis, « aucune d'elles, pendant cette période de l'état latent « de la syphilis chez leur mari, ne fut affectée de la « plus légère éruption ni du moindre signe propre à « caractériser leur infection générale. »

Les annales de la science contiennent de nombreuses observations d'avortements se succédant les uns aux autres sans violences extérieures, qu'un traitement spécifique de l'ascendant infecté faisait cesser désormais.

Ces faits généralement incontestés montrent d'une façon péremptoire que la syphilis congéniale est une cause de mort et d'expulsion prématurée du fœtus. Ils devaient aussi faire voir *a priori* que le fœtus, frappé de mort si souvent dans le sein de sa mère, pouvait, par une certaine résistance et par un degré moindre d'infection, parvenir jusqu'au terme de la grossesse et naître avec les stigmates de la syphilis. Pourtant ces faits sont très-rares, à tel point que le petit nombre de ceux qui ont été publiés ont été niés par le docteur Ricord, qui les a supposés mal observés, croyant à la présence de mort-nés dont les prétendues syphilides n'auraient été que la décomposition commençante du derme. Toujours est-il que le plus souvent les enfants syphilitiques échappent aux dangers d'une mort intra-utérine ; ils viennent au monde sans traces extérieures de la maladie. Mais, dans un délai d'un mois ou six semaines, les symptômes caractéristiques apparaissent.

La plupart des auteurs s'accordent à dire qu'à moins de cas exceptionnels, la syphilis congéniale n'apparaît guère avant la deuxième semaine après la naissance, et presque jamais plus tard que le septième mois.

Lorsqu'on étudie avec rigueur tous les symptômes prétendus autrefois si nombreux de la syphilis infantile, on est frappé du petit nombre des vraies manifestations syphilitiques.

Pour nous, la syphilis congéniale est toute cutanée. C'est à la peau qu'elle se traduit exclusivement, et s'il est vrai de dire qu'elle fait mourir un grand nombre d'enfants, c'est par la rapidité effrayante avec laquelle ces petits êtres tombent dans la cachexie, dite syphilitique, si rapidement mortelle.

Lorsque aucune médication antisyphilitique n'intervient, voici en quelques mots comment les faits se succèdent dans la généralité des cas.

L'ensemble des phénomènes auxquels on donne le nom de *plaques muqueuses*, manifestation exclusive de la syphilis congéniale, fait son apparition, suivie ou accompagnée de coryza, d'otorrhée, etc. Bientôt, suivant les conditions hygiéniques bonnes ou mauvaises, les enfants pourront plus ou moins rapidement se décolorer, maigrir, en même temps la diarrhée s'établir.

Cet état dure quelquefois un certain temps avant que la cachexie ne soit évidente. Mais elle est d'autant plus prompte à se montrer que les enfants sont plus jeunes.

Alors des éruptions diverses surviennent, telles que pustules, papules, érythème, ecthyma, etc., etc.

En même temps la diarrhée s'accroît, les extrémités s'infiltrent, la décoloration de la peau et des muqueuses augmente également, les forces et l'appétit disparaissent, l'auscultation laisse entendre dans la poitrine des râles plus ou moins abondants, et la mort arrive dans le marasme par l'aggravation d'un de ces phénomènes ultimes.

Nous chercherons plus tard à montrer que cette terminaison et la plupart des derniers symptômes que nous venons d'énumérer, ne sont point nécessairement la conséquence de la syphilis, mais bien de l'état cachectique du petit malade.

ARTICLE I. — PLAQUE MUQUEUSE.

La plaque muqueuse est le véritable symptôme pathognomonique de la syphilis congéniale; elle constitue à elle seule extérieurement toute la maladie (1). Cette assertion s'éloigne étrangement de tout ce qui a été écrit sur ce sujet depuis longtemps, et je ne sache pas qu'elle ait été jamais aussi nettement formulée. C'est pourquoi nous faisons appel, non pas aux souvenirs des praticiens, mais bien à leurs juge-

(1) Nous n'entendons nullement exprimer la valeur des observations du docteur Gubler, sur l'affection du foie chez les nouveau-nés syphilitiques. Nous ne l'avons jamais rencontrée, et d'ailleurs ces faits sont en dehors de notre sujet.

ments ultérieurs, après un examen sévère des prétendus symptômes syphilitiques admis chez les enfants suspectés.

Lorsque la syphilis congéniale apparaît, elle débute le plus souvent au pourtour des lèvres ou de l'anus par des rhagades, des gerçures plus ou moins profondes, à la façon des fissures ordinaires dans ces lieux d'élection. Ces petites élévations ne sont habituellement que les premières phases des plaques muqueuses auxquelles on ne tarde pas à reconnaître tous leurs caractères habituels. Mais si les fissures persistent, elles apportent, par la douleur qu'elles provoquent et par leur multiplicité, de véritables obstacles à l'action des lèvres et de l'anus. Les fissures des lèvres deviennent un empêchement pour la succion déjà si entravée par le coryza syphilitique dont nous parlerons plus loin. Les fissures anales sont une cause puissante d'un ténesme qui n'est souvent que le prélude d'accidents intestinaux formidables. C'est ainsi qu'il est donné parfois d'assister rapidement à la mort d'un nouveau-né avant que la maladie syphilitique ait parcouru ses principales phases, l'enfant étant jeté aussitôt dans le marasme par le fait de lésions secondaires qu'il a été impossible de modérer assez promptement.

La plaque muqueuse peut se montrer chez l'enfant, sur toutes les parties du corps, tandis qu'au contraire, chez l'adulte, elle est limitée aux muqueuses et aux parties cutanées, où la peau est fine et exposée à des frottements. Cette généralisation dans le jeune âge,

paraît être liée aux conditions anatomiques propres à l'enfance même.

Les plaques muqueuses peuvent également apparaître sur la surface même d'un chancre qui se transforme, comme le docteur Ricord a pu le voir. Il serait dangereux d'accepter cette sorte de mutation *in situ*, comme un fait se rencontrant fréquemment. L'interprétation a de la valeur comme finesse d'observation et comme rendant compte d'une vérité possible, mais surtout elle vient à l'appui d'idées théoriques, et par cela même qu'elle leur prête un secours puissant, il ne faut lui donner que sa véritable importance. Il suffit d'ailleurs de rappeler ici combien est rare le chancre chez l'enfant.

On doit étudier la plaque muqueuse sur la peau et sur les muqueuses, parce qu'elle présente sur les deux points quelques différences capables de jeter des doutes sur le diagnostic. Sur la peau, la plaque muqueuse est une saillie papuleuse plus ou moins large, irrégulièrement arrondie, souvent dépouillée de son épiderme, humide, rouge ou bien blanche quand elle est couverte d'une sécrétion plastique qui tarde à tomber d'une façon variable par les frottements. Enfin, la fluxion augmentant, la surface s'élève en forme de large papule saillante, molle, bordée d'une aréole violacée, donnant lieu à une exhalation fétide, d'une odeur *sui generis*. — Si la plaque muqueuse siége sur une peau très-fine soumise à des frottements, comme au scrotum, la face interne des cuisses, elle s'ulcère et plusieurs plaques muqueuses, se réunissant, peuvent

former ainsi une sorte de plaque à grande dimension.

Il en est dont la guérison s'opère accidentellement par des procédés différents, se convertissant en excroissances variées, telles que crêtes de coq, végétations, etc.

Sur les muqueuses, ces plaques vénériennes sont mieux arrondies, sans élevure, souvent même un peu déprimées. Elles sont recouvertes d'une exsudation blanche, pseudo-membraneuse, qui, enlevée, laisse à découvert une érosion rouge, avec une sécrétion fétide plus ou moins abondante. Elles apparaissent surtout dans la bouche et dans les fosses nasales, où elles provoquent l'ensemble de symptômes appelés coryza syphilitique. Il arrive même fréquemment que la première manifestation de la syphilis chez l'enfant, consiste en plaques muqueuses, inaccessibles à la vue dans les fosses nasales. Aussi voit-on beaucoup d'auteurs donner le coryza comme le début de la syphilis congéniale. La présence des plaques muqueuses dans les fosses nasales, ou autrement dit le coryza syphilitique, n'est point une chose sans gravité pour les nouveau-nés : cette sérieuse complication se révèle par un léger enchifrènement gênant la succion. Ce coryza symptomatique diffère d'un simple rhume de cerveau par son intensité et sa durée; puis, le mal faisant des progrès, l'allaitement est considérablement entravé, il s'écoule par le nez un mucus, d'abord ténu, et bientôt sanguinolent. Lorsque la thérapeutique n'intervient pas, la maladie s'aggrave, des plaques muqueuses se propagent dans l'arrière-gorge, et des

laryngites qui, à cet âge, sont toujours graves, donnent à la toux et à la voix, les symptômes qui se rencontrent chez l'adulte dans les cas analogues.

La plupart des auteurs avancent que dans le coryza syphilitique, il survient, après une certaine durée, la carie des os propres du nez, une destruction complète du vomer et des cartilages. Ces destructions, au dire de ces auteurs, s'opèrent beaucoup plus vite que chez l'adulte.

Nous ne pouvons repousser les assertions qui certainement ont été établies par des preuves suffisantes aux yeux des observateurs qui les ont reproduites. Mais il nous est permis de faire remarquer combien cette manière d'être de la syphilis infantile serait alors en contradiction avec ce qu'on est à même d'observer tous les jours.

Il est très-vrai que chez l'adulte les affections osseuses de nature syphilitique sont constatées fréquemment, que les os propres du nez sont, comme d'autres points du squelette, envahis par la syphilis. Mais aussi n'est-ce pas dans la période avancée de cette longue diathèse, tandis que chez l'enfant le coryza, d'après le plus grand nombre des auteurs, est presque le symptôme initial? Le système osseux n'est pas intéressé dans la syphilis infantile; c'est à peine si, parmi la longue nomenclature des prétendus symptômes syphilitiques attribués aux enfants, on a parlé du système osseux. On sait d'ailleurs que les plaques muqueuses, contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, sont très-multipliées, à tel point que parfois elles peu-

vent être aussi nombreuses qu'une varioloïde discrète. On sait quelle facilité de développement leur est apportée par un tissu tégumentaire fin et vasculaire. Toutes les probabilités sont qu'il en est de ces lésions si considérables du côté des os propres du nez, et des cartilages, comme de tant d'autres dont on a autrefois doté comme à plaisir la syphilis infantile. Il est possible que, dans certaines autopsies d'enfants cachectiques par le fait de la diathèse syphilitique, on ait trouvé des os et des cartilages noircis, dénudés, laissés à nu par des ulcérations de nature phagédénique. Mais ces faits sont possibles et s'expliquent en dehors de toute infection syphilitique. D'ailleurs, il a été constaté un assez grand nombre de fois des otorrhées symptomatiques dues à la présence de plaques muqueuses dans le conduit auditif externe. N'y a-t-il pas là en quelque sorte une démonstration de ce qui se passe le plus généralement dans les cavités anfractueuses des fosses nasales? Quelques auteurs (Rosen, Colles) ont signalé la voix enrouée des enfants syphilitiques. M. Diday, rapprochant ce fait du développement fréquent des plaques muqueuses dans la bouche et sur les bords du pharynx, incline à admettre l'existence d'un simple érythème au voisinage des ligaments aryténo-épiglottiques.

Les plaques muqueuses peuvent offrir quelques difficultés de diagnostic lorsqu'elles siégent dans la bouche, où souvent elles sont difficiles à bien juger. En général elles sont constituées, comme nous l'avons dit à l'occasion de leur existence sur les muqueuses,

par une ulcération arrondie, à couleur blanche, avec exsudation caséeuse diphthéritique, qui devient d'un rouge vermeil au moment de leur guérison. — Ces caractères sont voisins de ceux que nous avons autrefois décrits chez les enfants à l'occasion de la variété de maladie aphtheuse, habituellement discrète, à forme aiguë, se caractérisant par des ulcérations qui peuvent se montrer sur tous les points de la muqueuse buccale. Seulement ces ulcérations sont souvent profondes, ovalaires, à bords taillés à pic, et si ce n'était leurs dimensions habituellement moindres, elles pourraient être comparées aux chancres huntériens. Mais le caractère distinctif, important, c'est la présence de la couche blanche pelliculaire, qui recouvre les plaques muqueuses pendant presque toute leur durée, tandis que dans la maladie aphtheuse aiguë des nouveau-nés, l'exsudation caséeuse n'est que passagère et accidentelle. Néanmoins il faut se rappeler avec quelle facilité les ulcérations buccales et phagédéniques se recouvrent d'exsudation blanche plus ou moins plastique, plus ou moins membraneuse en apparence. — Il suffit d'être prévenu de ces difficultés pour recourir à tous les moyens qu'une investigation sévère peut apporter pour fournir les éléments d'un diagnostic certain. Les plaques muqueuses ont en général une durée longue et une grande facilité à se produire sur les points du système tégumentaire où il existe une cause d'irritation, telle que frottement, imbibition trop prolongée par un liquide quelconque, etc. Souvent elles sont si nombreuses sur toute la surface du corps, qu'elles

ressemblent à une éruption de larges papules chez l'adulte.

La coloration n'est pas toujours la même ; la santé actuelle de l'enfant donne, en général, des teintes variées ; la coloration cuivrée fait chez lui presque toujours défaut. La plupart des auteurs parlent d'une coloration violacée qui pourrait en quelque sorte avoir la même valeur que cette couleur caractéristique chez l'adulte. Mais on sent combien la nuance violacée se montre facilement dans toutes les éruptions cutanées infantiles, surtout dans la période de déclin et suivant l'état plus ou moins languissant de l'économie. Le pronostic de la plaque muqueuse n'est pas absolument grave ; il ne devient sérieux que lorsqu'un traitement convenable n'intervient point assez promptement. Cependant il arrive encore souvent que, dans de mauvaises conditions hygiéniques, l'enfant tombe rapidement dans un marasme mortel. Alors les accidents s'exaspèrent, les plaques muqueuses se multiplient et, privées de leur épiderme, elles fournissent un suintement séreux plus ou moins abondant. L'écoulement des fosses nasales devient plus fétide et plus sanieux ; des ulcérations anales apparaissent et se creusent de plus en plus ; l'enfant dépérit rapidement, il tombe dans une véritable cachexie dans laquelle les extrémités s'infiltrent ; la diarrhée s'établit incoercible, et la mort survient au moment où des râles plus ou moins abondants se laissent entendre dans la poitrine.

L'une des questions les plus importantes de la syphilis héréditaire est, sans contredit, celle de la contagion

de la plaque muqueuse qui, pour nous, résume entièrement toute la syphilis infantile. On sait combien est encore combattue la possibilité de contagion de cet accident dit secondaire chez l'adulte. L'opinion qui nie la transmission syphilitique par la plaque muqueuse s'appuie surtout sur les assertions formelles des inoculateurs (Hunter, Ricord). Pendant assez longtemps, cette croyance régna presque exclusivement; de temps à autre néanmoins, quelques faits isolés venant surtout de praticiens exerçant parmi des populations rurales, semblaient contredire ces théories absolues; mais, depuis plusieurs années, les assertions théoriques sont moins affirmatives, et des faits très-nombreux sont venus démontrer la contagion possible. Enfin, l'inoculation elle-même fut à son tour invoquée pour éclairer de nouveau cette question importante. Des expérimentateurs d'un grand mérite, offrant toutes les garanties désirables, démontrèrent d'une façon péremptoire la contagion des accidents appelés secondaires (Wallace, Waller, Bouley). Ces faits rendent plus évidente *a fortiori* la contagion possible de la syphilis congéniale, à laquelle le docteur Diday reconnaît le pouvoir contagieux à son plus haut degré; sans aller aussi loin, on peut accepter que la plaque muqueuse de l'enfant à la nourrice ou de celle-ci au nourrisson est contagieuse. Mais cette contagion est loin d'être nécessaire et absolue, puisqu'un praticien éminent, tel que le docteur Cullerier, la niait encore jusqu'à ces années dernières, et que notre savant maître, le professeur Natalis Guillot, reste dans

le doute vis-à-vis de cette grave question de doctrine.

On doit dire, d'ailleurs, que cette possibilité de contagion divise actuellement et divisera longtemps encore les médecins. Pour nous, qui, après avoir étudié ce sujet sans idée préconçue, sommes arrivé à admettre le pouvoir contagieux de la plaque muqueuse, nous ne pouvons nous dissimuler le grand nombre de difficultés entourant les questions de ce genre, et comment les preuves absolues sont presque impossibles à donner. Il est de toute évidence qu'en pareille matière les faits les mieux observés laissent toujours quelques lacunes par où surgit un doute.

Ces circonstances, inhérentes en quelque sorte à la syphilis, doivent rendre très-circonspect, surtout quand on est convaincu comme nous que bon nombre d'observations de syphilis congéniale données comme telles doivent être revendiquées pour le compte de cachexies infantiles indemnes de toute spécificité virulente.

ARTICLE II. — DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS.

Le diagnostic de la syphilis congéniale est souvent obscur et difficile. Parfois ses difficultés sont insurmontables aux premiers examens. Il faut l'étude de la marche ultérieure de la maladie pour pouvoir se prononcer avec connaissance de cause. Si l'on se contente, comme cela arrive trop souvent, de la simple apparence d'une ou plusieurs lésions d'une teinte plus ou moins nuancée, à la façon de ce qui s'observe chez l'adulte dans les cas de syphilis, les erreurs sont inévi-

tables. C'est pour avoir assisté plusieurs fois à des guérisons spontanées survenant chez des enfants réputés syphilitiques sur l'autorité d'une teinte plus ou moins cuivrée, ou sur celle d'une éruption plus ou moins suspecte, que nous avons été conduit à regarder de près les difficultés du diagnostic de la syphilis congéniale.

L'étude des faits cliniques et des auteurs nous a donné cette conviction qu'à côté de la syphilis congéniale il y avait ce que nous voulions d'abord décrire sous le nom de pseudo-syphilis. Mais, réfléchissant que, par ce mot, qui, à un certain point de vue, avait sa raison d'être, nous ne désignions que des faits appartenant nosologiquement aux cachexies infantiles, nous nous sommes abstenu. C'est qu'en effet le mot pseudo-syphilis n'eût représenté qu'une apparence trompeuse et non point une maladie spéciale. De même, s'il existe une plante appelée ciguë, il n'existe pas de pseudo-ciguë, mais bien des espèces lui ressemblant, tout en possédant aussi leurs caractères propres.

L'importance des faits que nous avançons dans ce chapitre nous oblige à poser nettement dès le début ce que nous voulons prouver.

Il existe chez l'enfant des lésions cutanées multiples survenant dans un état plus ou moins avancé de cachexie, qui journellement sont mises sur le compte de la syphilis. C'est à l'ensemble de toutes ces lésions, se groupant parfois d'une façon trompeuse pour le diagnostic, que nous donnerions le nom de pseudo-syphilis. La vérité de cette opinion nous a été surabondamment

démontrée, par l'étude des faits de cette nature, d'abord chez des malades dans la seconde enfance (de 2 à 7 ans), où la syphilis, comme on le sait, est rarement en cause ; puis en les retrouvant identiques chez les nouveau-nés. Et là, en face des mêmes lésions cutanées qui, dans le cours de la seconde enfance, pouvaient faire croire quelquefois à l'existence de la syphilis, il devenait impérieux pour nous de rechercher chez le nouveau-né l'origine de ces lésions multiples.

Or, nous avons maintes fois constaté qu'il était vrai, comme l'a dit Mahon, que la syphilis chez l'enfant, épargnant la plupart des tissus, ne frappait surtout que la peau et les muqueuses. Mais nous avons vu aussi qu'il n'était pas moins vrai d'admettre que la syphilis n'avait pas seule cette sorte de prédilection.

Pour démontrer complétement cette assertion, nous serons obligé de renvoyer le lecteur aux maladies cutanées cachectiques, et, dans le but de ne pas étendre les proportions de ce travail, nous ne citerons ici qu'un petit nombre de faits empruntés à nos observations. Celles-ci seront rapprochées de quelques cas de prétendus exemples de syphilis des nouveau-nés, tirés des auteurs qui font autorité dans la matière. De telle sorte qu'il sera facile de juger par ce rapprochement quelle ressemblance existe entre ce que nous appelions la pseudo-syphilis et ce qu'on décrit souvent comme appartenant à la syphilis congéniale.

Nous ajouterons tout d'abord que cette manière d'envisager les faits ne contredit nullement l'existence de la syphilis chez le nouveau-né, mais qu'elle en cir-

conscrit singulièrement le domaine. Cette manière de voir, d'ailleurs, est, à peu de chose près, celle d'un de nos maîtres les plus estimés, M. le professeur Natalis Guillot, qui déjà, depuis un certain temps, restreint dans ses cours et ses cliniques la syphilis congéniale à la plaque muqueuse exclusivement.

Le fait capital dominant l'histoire de ces apparences syphilitiques est qu'elles ne peuvent apparaître que chez des enfants présentant un état général appauvri, cachectique. Par conséquent, elles ne se rencontrent guère que parmi les enfants misérables et privés des soins hygiéniques si nécessaires pendant les premiers temps de l'existence. De là découle naturellement qu'on ne les observe que dans les hôpitaux ou parmi les populations nécessiteuses des grandes villes. Les campagnes ont cependant de nombreuses familles dénuées de tout; mais les mères, saines et vigoureuses pour la plupart, nourrissent elles-mêmes leurs enfants; tandis que, dans les centres populeux, les nouveau-nés sont le plus souvent abandonnés à des mains étrangères, élevés au biberon ou par des mères nourrices que des occupations sédentaires retiennent loin de leurs nourrissons. Ces faits sont tellement vrais que les lésions simulant la syphilis ne se voient que d'une façon très-exceptionnelle chez les enfants des riches.

Lorsqu'on étudie en général les principaux traits de la syphilis congéniale, on est frappé de la profonde différence qui la sépare de la syphilis de l'adulte. Chez celui-ci, les symptômes, sous la dépendance de cette diathèse, sont aussi nombreux que dûment

établis. Chez l'enfant, au contraire, les phénomènes pathologiques, relevant de la syphilis, sont rares et peu certains. Les assertions erronées, qui sont passées dans la science, paraissent à cet égard dépendre de la comparaison constante qui s'établit entre la syphilis de l'adulte et celle du nouveau-né. Il semble que la plupart des auteurs aient voulu, chez ces derniers, remplir le cadre pathologique tel qu'il existe naturellement chez les syphilitiques adultes. C'est pourquoi les traités spéciaux sont remplis d'un nombre considérable d'accidents admis par les auteurs, les uns attachant une valeur pathognomonique à telle forme d'éruption, les autres à telle ou telle lésion. Chacun semble s'être mis à la recherche d'un accident nouveau caractéristique de la syphilis congéniale. Il y a dans cette tendance naturelle une sorte de réaction contre la manière opposée d'observer les faits des auteurs de la fin du siècle dernier et du commencement de celui-ci. En effet, Mahon, Bertin, Cullerier, etc., ont, par une observation plus sévère que celle de leurs devanciers, restreint les phénomènes syphilitiques des nouveau-nés. Dans leurs restrictions, ils ont encore laissé sur le compte de la syphilis des symptômes qui, actuellement mieux connus, en sont totalement indépendants. Mais, néanmoins, ils ont détruit des erreurs considérables qui avaient cours dans la science; car alors la syphilis du jeune âge pouvait être, soi-disant, reconnue par des symptômes les plus variés et les plus insignifiants.

Aussi lisons-nous dans Bertin (1) : « Le système « cutané est primitivement affecté de pustules très- « variées, d'excroissances, de végétations, d'ulcères « et de phlyctènes. Le système lymphatique et les « glandes sont le siége d'engorgements, de tumeurs, « de bubons produits immédiatement ou médiate- « ment. Enfin le système osseux dont je ne séparerai « pas le périoste, quoique cette distinction puisse « être admise en physiologie et en anatomie, le sys- « tème osseux, dis-je, présente des périostoses, des « exostoses et des caries. Ces deux dernières affec- « tions sont cependant très-rares. Quant aux altéra- « tions des viscères splanchniques par le virus syphi- « litique, l'autopsie cadavérique ne m'en a point pré- « senté qu'on puisse attribuer exclusivement à ce « virus.

« Je n'ai point observé que les enfants nouveau- « nés qui, pendant le cours de la lactation, ont été « confiés à nos soins aient présenté plus fréquem- « ment que ceux qui sont exempts d'infection, les « lésions organiques internes qu'on a trop souvent, « ce me semble, considérées chez l'adulte comme « l'effet de la syphilis ; tels que les fungus, les tuber- « cules, la dureté de quelques-unes des membranes « du cerveau, les concrétions polypeuses de ses ven- « tricules, les hydatides des plexus choroïdes, les tu- « bercules, l'hépatisation, la carnification, les ulcères « des poumons et même les végétations que Corvisart

(1) *Traité de la maladie vénérienne chez les nouveau-nés.*

« nous démontra autrefois sur le cœur de plusieurs « sujets et qu'on attribuait aux maladies vénériennes « qu'ils avaient éprouvées. »

Les phénomènes pathologiques, pouvant simuler la syphilis infantile, doivent être divisés en deux grandes classes. La première comprend diverses lésions à physionomie spéciale intéressant les tissus cutanés ou muqueux. La seconde est constituée par un état général grave, cachectique, que nous n'étudierons pas complétement, nous bornant à l'indiquer. (*Voir les maladies cutanées cachectiques.*)

On comprend combien l'erreur de diagnostic est facile, quand ces deux symptômes se réunissent, comme cela arrive si souvent chez le même malade; combien il est facile d'accepter l'existence de la syphilis, surtout lorsqu'on constate ce qui est décrit partout comme signe principal de cette maladie, c'est-à-dire des lésions ulcéreuses qui paraissent être le triste privilége des cachexies infantiles. Fréquemment on apporte dans les hôpitaux des enfants à la mamelle, pâles, flétris, ridés, presque moribonds, et porteurs d'ulcérations asthéniques à forme ronde, dont les bords sont taillés à pic. Les ulcérations siégent surtout au voisinage des organes génitaux, de l'anus, aux commissures labiales, à la base du nez, dans la bouche, etc. Le plus souvent il existe concurremment, soit des affections lichénoïdes plus ou moins généralisées, soit des éruptions impétigineuses du cuir chevelu, avec des tournioles, des ecchymoses sous-cutanées, etc. En présence d'un tel ensemble de

symptômes, la syphilis, pour le plus grand nombre de médecins, sera admise ou au moins supposée. Et chose remarquable, sur laquelle il faut beaucoup insister, c'est qu'il peut arriver, que si la vitalité de ces petits êtres n'est pas trop fortement compromise, un changement favorable dans l'hygiène, une bonne alimentation suivie ou non de l'administration de *bains de sublimé*, rendent à la santé ces enfants cachectiques. Et alors il est très-rare que, même parmi les praticiens les moins disposés à accepter facilement l'existence de la syphilis chez le nouveau-né, cette maladie ne soit incontestablement admise suivant l'aphorisme d'Hippocrate, puisque le traitement est venu en quelque sorte consacrer le diagnostic. Or, c'est là une conviction que nous croyons très-fondée et que nous voudrions faire partager, c'est que tout ce concours de symptômes peut apparaître sans la moindre trace de syphilis. Et, comme nous le disions en commençant, c'est le point fondamental de la question. *Les cachexies, quelles qu'elles soient, frappent surtout la peau et les muqueuses et avec plus d'énergie et de diversité que la syphilis congéniale.*

Nous donnons actuellement la description des principales lésions contribuant à faire croire à l'existence de la syphilis congéniale. Nous renvoyons aux maladies cachectiques les expressions les plus remarquables des cachexies, dont quelques-unes fournissent pour certains auteurs les signes les moins douteux de la syphilis infantile. (Voir aux maladies cachectiques, le pemphigus et la gangrène phagédénique cachectiques.)

A. **Onglade.** — **Onyxis.** — Lorsqu'on étudie dans les auteurs ce qui a été décrit sous les noms d'onglade, d'onyxis, etc., on voit qu'il existe une confusion considérable et très-facile à vérifier, si surtout l'observation des nouveau-nés suit cette étude.

Chez l'adulte, il paraît démontré qu'il existe plusieurs espèces d'onyxis. L'une appelée justement dartreuse, qui est le résultat d'une affection cutanée eczémateuse ou psoriasique intéressant plus ou moins les matrices unguéales ;

Puis une seconde espèce appelée scrofuleuse sous la dépendance habituelle d'ulcères scrofuleux entretenus le plus souvent par des altérations osseuses des phalangettes ;

Enfin une troisième appelée syphilitique, sous la dénomination de laquelle il a été réuni deux choses assez distinctes. Premièrement une véritable onyxis réellement syphilitique rare à rencontrer qui se traduit par une altération spéciale des ongles, qui jaunissent et s'épaississent d'une manière remarquable ; secondement, une altération d'ongles appelée également onyxis syphilitique, parce qu'elle résulte d'une lésion cutanée, le plus souvent pustuleuse, d'origine syphilitique. Les matrices unguéales sont atteintes par le même procédé que dans la forme dartreuse. Chez le nouveau-né, par un fait qui ne s'explique que par cette tendance à vouloir rencontrer toujours dans la syphilis infantile, les mêmes symptômes que chez l'adulte, on a donné comme assez fréquente l'onglade syphilitique. Or, tous les médecins habitués à observer dans les

maisons destinées aux jeunes enfants, savent combien, dans le cours des *maladies chroniques*, les tournioles sont communes.

Plus l'enfant est avancé en âge, plus cette légère lésion ressemble aux cas ordinaires qui se montrent chez les adultes en bonne santé. Mais chez le nouveau-né, il arrive que les ongles sont comme soulevés par le pus qu'on voit sourdre entre la racine de l'ongle et la peau. Celui-ci même tombe quelquefois en laissant des ulcérations grisâtres entourées d'un bourrelet inflammatoire. Quand les enfants sont très-cachectiques, tous les doigts sont ainsi envahis, et les ongles sont d'autant plus déformés, soulevés, que les enfants sont plus jeunes.

Chez ceux d'un âge plus avancé et dont la constitution est très-altérée, les tournioles sont de véritables foyers de suppuration de mauvaise nature laissant des plaies blafardes d'une guérison très-lente et très-difficile. Parfois même ces lésions sont le point de départ de ces ulcérations phagédéniques ultérieures qui paraissent propres à la cachexie infantile, comme nous pouvons en citer un exemple emprunté au docteur Lélut, qui l'a rapprochée des gangrènes séniles. « J'ai vu, dit-il, aux Enfants-Trouvés, en 1825, un cas de gangrène d'apparence sénile bien remarquable chez un enfant de quelques jours, atteint de muguet : le pourtour de la racine de l'ongle du doigt auriculaire droit, de l'annulaire et de l'auriculaire gauche s'abcéda ; l'inflammation s'étendit, la gangrène s'empara de l'extrémité phalangettienne de

chacun de ces doigts qui tomba spontanément sans hémorrhagie ; la cicatrisation eut lieu aux trois plaies, l'enfant mourut. On ne trouva dans le système vasculaire aucune lésion qui pût expliquer la promptitude de la gangrène. »

Tous les exemples d'onglades prétendus syphilitiques que nous avons lus appartenant à la syphilis infantile, de même que tous ceux que nous avons rencontrés, nous ont paru appartenir à cette onglade cachectique, ou au moins cette lésion souvent multiple existait toujours chez des enfants malingres, dans de mauvaises conditions hygiéniques, et jamais elle ne parut être liée à la syphilis. Il serait erroné d'avancer que les onglades ne puissent pas se produire sous l'influence de la cachexie syphilitique, mais il ne le serait pas moins d'avancer que ces lésions sont les signes de syphilis infantile. C'est Astruc qui a montré l'un des premiers l'origine syphilitique de l'onyxis. Mais cette assertion, qui paraît très-fondée chez l'adulte, semble ne s'appliquer nullement à ce qui s'observe si fréquemment aux doigts des enfants cachectiques. Les phénomènes locaux sont bien différents ; il n'y a que l'identité du siége qui puisse fournir matière à une semblable erreur.

B. **Végétations.** — On sait que les végétations ont été divisées en excroissances et en végétations proprement dites. Les excroissances ne sont pour la plupart des auteurs qui ont accepté cette division, que des prolongements des replis de la peau ou des membranes muqueuses, formés par l'inflammation et le dévelop-

pement du tissu sous-jacent. Les végétations, au contraire, sont formées par un tissu de nouvelle formation tendant à s'accroître ; elles sont tantôt sessiles, tantôt pédiculées et possèdent parfois une grande vascularité; leurs formes variées ont provoqué des comparaisons qui ont servi quelquefois à les dénommer, telles que fraises, choux-fleurs, poireaux, etc. Quelles que soient la forme et la variété à laquelle elles appartiennent, les végétations ne naissent pas toujours dans les mêmes circonstances. Il est très-vrai qu'elles peuvent succéder à des chancres ou à des plaques muqueuses. Il n'en faut pas davantage pour expliquer leur admission constante parmi les symptômes dépendant exclusivement de la syphilis. Mais une étude plus sévère des faits a permis au savant syphiliographe de l'hôpital du Midi d'établir nettement que la production de ces végétations n'était pas uniquement dans le virus syphilitique. Aussi a-t-il repoussé la distinction établie en végétations primitives et en végétations secondaires. Elles ne sont ni la preuve d'une infection récente ni celle de l'existence d'un empoisonnement général. Quand elles ont été précédées par des accidents vénériens primitifs ou par la syphilis constitutionnelle, elles sont une conséquence d'irritations locales, comme cela s'observe assez rarement chez les sujets de la seconde et de la troisième enfance en dehors de toute contamination.

M. le docteur Thibierge a, d'ailleurs, dans un excellent travail, surabondamment démontré la vérité de ces assertions. Il conteste le caractère spécifique à

toute végétation. Il montre ces productions chez les femmes grosses comme n'étant qu'un effet de la gestation ; elles disparaissent spontanément après l'accouchement. Le docteur Dufour fils a publié un fait très-remarquable des végétations développées sur les organes génitaux d'une toute petite fille. Pour lui, ce produit anormal est le résultat de l'inflammation des muqueuses au même titre que le catarrhe et la granulation.

Ces opinions sont actuellement admises en quelque sorte sans contestation sérieuse. Aussi ne ferons-nous que mentionner ce caractère des prétendues syphilis, qui, de nos jours, ne pourrait faire supposer une infection spécifique qu'à un très-petit nombre de médecins. La plupart envisagent les végétations comme un fait purement local auquel on n'oppose que des moyens locaux.

C. **Habitus extérieur.** — Un enfant, syphilitique ou non, peut naître avec toutes les apparences de la santé. Cependant il arrive assez souvent, comme le témoignent de nombreuses observations, que, dès leur naissance, ces petits êtres offrent l'aspect particulier que Doublet a heureusement appelé *miniature de la décrépitude.* C'est, en effet, une comparaison très-vraie ; ils ressemblent alors à de petits vieillards par l'amaigrissement, la flétrissure, la flaccidité et la décoloration de l'enveloppe cutanée.

Cette décoloration est si complète et si générale qu'elle ne laisse pas même soupçonner la circulation du sang. Les muqueuses, dans toutes les parties que

l'œil peut apercevoir, participent à cette pâleur. En outre, tous les signes, servant à caractériser le marasme, font leur apparition successive. Les yeux sont profondément excavés, le visage est sillonné de rides très-accusées, le front est parcouru par des lignes transversales plus ou moins profondes, comme dans la vieillesse. Puis on remarque les traits divers signalés par Eusèbe de Salles et M. Jadelot, savoir : le trait oculo-zygomatique, le trait nasal, le trait labial, le trait génal qui, contrairement aux opinions trop exclusives de ces auteurs, n'ont d'autre valeur séméiologique que celle d'indiquer un dépérissement plus ou moins grand de l'enfant (1). Ce n'est pas seulement à la face qu'on observe les rides et les sillons résultant de l'amaigrissement. Les téguments du cou, du tronc, des membres, mais surtout ceux de l'abdomen reviennent sur eux-mêmes et tombent comme chez les vieilles femmes. Cette habitude extérieure, et l'étrange aspect qui l'accompagne, ont été décrits par un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels, à l'exemple de notre ami Hervieux, nous citerons Doublet, Billard, MM. Cazenave, Trousseau et Lasègue, Bouchut, Grisolle, Monneret et Fleury, etc. Malheureusement on a donné de cet état des interprétations fort diverses, et, à l'heure qu'il est, le praticien, mis en présence d'un de ces nouveau-nés, qu'on appelle de *petits vieillards*, ou bien éprouverait le plus grand

(1) Voyez l'excellent travail du docteur Hervieux, *Union médicale*, p. 202, année 1855.

embarras s'il s'agissait de porter le diagnostic et d'instituer un traitement, ou bien, suivant en cela les errements de quelques auteurs, considérerait l'enfant comme entaché nécessairement d'un vice constitutionnel; et, dès lors, ce n'est plus seulement l'organisation particulière du sujet qui serait responsable de cette décrépitude anticipée, mais, ce qui est plus grave, la santé antérieure des parents ou de la nourrice.

Pendant longtemps on a cru, sur la foi d'un certain nombre d'assertions, que cette décrépitude était le signe pathognomonique de la syphilis congéniale, et actuellement encore cette question divise les esprits. Ainsi, tandis que, d'après MM. Alph. Cazenave, Monneret, Fleury, Grisolle, etc., l'aspect décrépit doit être un signe de syphilis, Billard, Valleix, lui reconnaissent pour cause, le premier l'entérite, le second le muguet, et enfin M. Bouchut l'accepte comme le résultat d'une gastro-entérite ou d'une pneumonie chronique (1).

N'est-ce pas assez dire, au milieu de ces contradictions, que cet habitus extérieur est le propre des cachexies quelles qu'elles soient. Le professeur Trousseau et le docteur Lasègue ont donné des descriptions complètes d'une coloration au visage, marquée surtout lorsque l'enfant ne crie pas et que les traits sont au repos, laquelle se montre à la rainure du nez, à l'origine

(1) *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*, 3e édition. Paris, 1855.

des sourcils, dans le sillon naso-labial, au-dessus de la lèvre supérieure, au-dessous de l'inférieure et dans le creux du menton, sous l'apparence d'une teinte foncée comme enfumée, qui diffère naturellement de la coloration générale de la peau. Il existe une autre altération qui fréquemment coïncide avec d'autres manifestations extérieures de la syphilis, sur laquelle MM. Trousseau et Lasègue ont également appelé l'attention des observateurs. Voici textuellement leurs paroles :

« On doit, dans le développement de ces altéra-
« tions locales, distinguer deux périodes d'une durée
« indéterminée, mais dont l'une, et c'est la première,
« peut être si courte qu'elle échappe presque à l'ob-
« servateur. D'abord la peau, qui revêt la paume des
« mains et la plante des pieds, est rugueuse ; elle
« s'épaissit notablement, ses rides ressemblent assez
« exactement à celles des femmes qui lavent le linge
« dans de fortes solutions de potasse ; en même
« temps ces parties se tuméfient et deviennent plus
« ou moins rouges ; d'autres fois, au lieu d'une rougeur
« même légère, les surfaces plantaires et palmaires
« sont pâles, jaunâtres ; l'épiderme est durci, son
« épaississement est alors plus notable, et le derme
« lui-même paraît participer à l'induration. Dans
« tous les points qui correspondent aux articulations,
« et, par conséquent, aux plis naturels de la peau,
« on voit des fissures profondes, ulcérées ou non. Le
« pli du poignet n'en est pas plus exempt que celui
« des phalanges. Le mal reste ainsi stationnaire du-
« rant un temps en général assez court ; plus tard,

« des squames épidermiques peuvent se former et se « renouveler; mais cette forme de psoriasis n'est que « passagère. Au bout de quelques jours, les squames, « s'il s'en était produit, cessent d'être sécrétées. L'é- « piderme se détache par plaques et les surfaces « prennent un nouvel aspect, qui constitue pour nous « le second degré. Le gonflement a disparu, les « doigts et les orteils sont mous; l'épiderme endurci « a été remplacé par un épiderme de nouvelle for- « mation, si mince, qu'on serait au-dessous de la vé- « rité en le comparant à une pelure d'oignon. Lors- « qu'on presse la peau, on voit se former une infinité « de sillons extrêmement rapprochés, comme sur cer- « taines cicatrices récentes; parfois une partie des « membres, du talon par exemple, reste encore cou- « verte de son enveloppe squameuse, tandis que le reste « en est dépouillé. Qu'ils aient été précédemment « pâles ou rouges, les pieds et les mains deviennent in- « variablement livides sans teinte cuivreuse. C'est sur- « tout à l'extrémité des phalanges, autour des ongles, « que la coloration violacée est intense; l'ongle lui- « même se ramollit, le tissu sous-jacent est fortement « injecté. Il n'est pas rare que de petites ulcérations « se développent, que des tournioles occupent un ou « deux doigts. Mais cette dernière complication n'est « pas liée d'une manière intime aux phénomènes pré- « cédents; elle s'observe dans beaucoup d'autres cir- « constances et paraît dépendre surtout de l'état gé- « néral du sujet. »

Il faut se garder de confondre ces derniers symp-

tômes avec certains aspects que peuvent prendre les bulles du pemphigus après leur rupture, et se rappeler que le pemphigus syphilitique se montre également de préférence aux faces plantaires et palmaires des extrémités. Enfin, il est bien d'autres lésions de ces parties, signalées par Doublet, qu'il faut soigneusement séparer de la vérole, dont nous parlerons à l'article gangrène phagédénique.

Cet habitus extérieur a-t-il quelque chose de spécial ou doit-il être comparé aux états cachectiques qui succèdent à la misère et à ses privations, à l'encombrement, aux maladies diverses, etc.? On a fait de cette décrépitude, comme nous l'avons déjà dit, un caractère pathognomonique de la syphilis congéniale. Nous ne pensons pas qu'il en soit ainsi, ayant vu des nouveau-nés offrir cette apparence décrépite sans qu'il y eût la moindre trace de syphilis chez les ascendants et chez des frères aînés.

Il en est de ce symptôme comme du pemphigus, ainsi que nous le verrons plus tard. D'ailleurs, les opinions contradictoires qui surgissent pour l'interprétation de l'habitus extérieur décrépit des nouveau-nés montrent d'une façon péremptoire qu'il serait très-exagéré d'en faire un signe constant de syphilis.

De même que le pemphigus cachectique, il succède à toutes les maladies qui ont rendu le fœtus ou le nouveau-né cachectique. Ces deux symptômes n'apparaissent que lorsque déjà la vitalité est presque éteinte. De même aussi, ils peuvent être tous deux l'expression d'une infection générale, puisque nous avons constaté

l'action énergiquement meurtrière de la syphilis congéniale pendant la vie intra-utérine.

— *D.* **Roséole-Érythème.** — La roséole a été donnée, à l'instar de ce qui s'observe chez l'adulte, comme un signe de syphilis des nouveau-nés.

Malgré la meilleure volonté de vouloir reconnaître celle-ci par les caractères assez tranchés que plusieurs auteurs décrivent, tels que sa couleur cuivrée, sa fugacité, il nous a toujours été impossible d'y voir quelque chose de spécifique. La lecture de ces descriptions rapprochées de l'observation d'enfants atteints de syphilis et d'enfants malades en dehors de cette affection virulente montrera promptement qu'il n'y a là que la tendance si naturelle à vouloir apporter de la clarté dans un sujet obscur et difficile, mais où malheureusement les choses se passent tout autrement que chez l'adulte. Cette éternelle comparaison de la syphilis infantile avec celle d'un autre âge contribue, sur ce point, comme sur tant d'autres, à faire naître des suppositions erronées. La roséole prétendue syphilitique, comme la roséole simple des nouveau-nés, s'observe sur le ventre, la poitrine et surtout sur les membres inférieurs, sous forme de taches arrondies, de grandeur variable, rappelant assez la marche de la rougeole. La couleur est loin d'être toujours la même, suivant les phases où on l'observe ; elle est d'un rouge tantôt sombre, tantôt violacé, et enfin plus ou moins cuivrée. Mais, à l'occasion de cette teinte, nous rappellerons combien les praticiens habitués à la clinique des nouveau-nés sont en défiance devant la

signification de ce signe très-important chez l'adulte, parce que chez l'enfant les colorations rouge foncé du derme sont communes, et lorsqu'elles tendent à disparaître, elles subissent, en s'effaçant, des transformations de moins en moins foncées, au milieu desquelles la teinte cuivrée pourra fort bien se nuancer d'une façon complète, sans pour cela qu'il y ait en jeu la moindre spécificité virulente. La roséole est très-fugace dans ses apparitions; elle se montre quelques heures, disparaît pour apparaître de nouveau peu de temps après. Elle est le plus souvent symptomatique d'un trouble général dans la santé de l'enfant; aussi le plus souvent elle précède les affections cutanées pustuleuses, vésiculeuses ou autres. D'autres fois, lorsque les nouveau-nés souffrent d'une nourriture incomplète ou manquent des soins hygiéniques convenables, elle fait son apparition; sa pathogénie se rapproche singulièrement de celle de l'érythème, dont elle diffère si peu. Celui-ci, en effet, est caractérisé par une coloration superficielle de la peau, ayant certains lieux d'élection, comme les fesses, les aines, les pieds, les malléoles, les mains, etc.

L'érythème des nouveau-nés n'est point un fait unique; il est, au contraire, très-complexe dans sa manière d'être et dans ses conséquences. Il peut être le résultat d'un froissement, d'un contact rude un peu prolongé; mais aussi il se produit sous l'influence de causes dépendant de l'état général, comme l'a montré Valleix. C'est cette dernière forme qui apparaît toujours sans exception chez les enfants nouveau-nés

cachectiques. Les matières fécales, les urines peuvent, il est vrai, servir, comme on l'a dit, d'appel pour sa production; mais il n'en est pas moins vrai que constamment il apparaît plus ou moins dans le cours des cachexies infantiles. Il est le point de départ de diverses affections cutanées, ulcéreuses, pustuléuses, cachectiques.

L'érythème commence habituellement autour des muqueuses anales et vulvaires ou aux plis génito-cruraux. Si les soins hygiéniques sont suffisants, surtout si la santé de l'enfant s'améliore, l'érythème s'éteint plus ou moins lentement, avec ou sans desquamation; si, au contraire, l'état général s'aggrave, la rougeur érythémateuse s'anime en s'agrandissant. Puis, au centre, il apparaît, suivant le degré de vitalité des malades, suivant aussi des constitutions médicales régnantes, des ulcérations phagédéniques gangréneuses à forme ronde, taillées à pic, d'un aspect sordide qui fait dire aux nourrices que les enfants sont malsains, *gâtés*, qu'ils ont le mal, etc. (Voir les affections cutanées cachectiques.)

Telles ne sont pas, le plus souvent, les suites de l'érythème; il arrive très-fréquemment que, sur certains points du corps, comme les malléoles, les pieds, les mains, l'érythème, pendant un certain nombre de jours et même de semaines, soit d'un rouge vif, luisant, comme si le derme était à nu, avec une couche de vernis fixée sur la surface, puis des exulcérations très-superficielles apparaissent sur ces points les plus animés. Ces dénudations ne suppurent point, elles ne

sont point humides, à moins qu'elles ne soient adossées peau contre peau, comme cela arrive dans les plis cutanés, et, au bout d'un certain temps, ces exulcérations se trouvent guéries par la reproduction d'une légère couche épidermique, laquelle peut disparaître de nouveau et continuer ainsi un temps plus ou moins long. Si l'enfant résiste, si sa santé s'améliore sous l'influence de soins convenables, l'épiderme se restaure en même temps que l'érythème s'efface peu à peu; mais si, au contraire, le nouveau-né est dans un milieu malsain, si sa mère nourrice n'a qu'un lait insuffisant, etc., l'érythème s'étend; il occupe alors souvent toute la moitié inférieure du tronc, avec des ulcérations, gangréneuses ou non, aux malléoles, au pourtour des muqueuses vulvaires et anales; enfin, le coryza et le muguet apparaissent précédés, le plus souvent, d'une diarrhée incoercible, et l'enfant meurt dans une cachexie dont les principaux traits sont toujours semblables.

Doublet, au dire de Bertin lui-même, a trop exclusivement attribué à la malpropreté des langes, au séjour de l'urine et au poids du corps, qui repose et porte toujours sur le même endroit, les ulcères qui se manifestent chez les enfants, à la tête, au cou, aux aines, aux malléoles et aux talons. Bertin, en parlant des chancres de la syphilis infantile, dit à l'occasion de certains ulcères *vénériens :* « Les pieds ont un symptôme particulier qui leur est propre, la rougeur et l'inflammation au talon. Cette rougeur devient vive, la peau s'ulcère, il se détache des lames du tissu cel-

lulaire qui attachent les téguments au calcanéum, et le bourrelet que forme le talon se trouve pour ainsi dire décollé. »

— *E*. Ces diverses lésions cachectiques, que nous avons étudiées en dehors de tout soupçon de syphilis, après avoir le plus souvent vérifié par nous-même la santé des ascendants paternels et maternels, celle des frères et sœurs des jeunes malades, s'il y avait lieu, sont plus fréquentes qu'on ne serait disposé à le croire au premier abord ; elles sont même faciles à étudier dans les hôpitaux ou dans les familles très-indigentes, parmi les nouveau-nés ; mais encore elles reçoivent une véritable confirmation de leur indépendance de la syphilis quand on les retrouve parfaitement semblables, sauf quelques nuances inévitables, à un autre âge de l'enfant. On sait, en effet, combien la syphilis infantile apparaît rarement d'une façon tardive. Ce n'est qu'un nombre très-limité d'auteurs qui ont pu admettre des syphilis héréditaires se traduisant au delà du septième au dixième mois. Tous ou presque tous s'accordent à fixer les premiers mois qui suivent la naissance comme étant ceux où la syphilis fait explosion. Or, il en découle naturellement que, pendant la deuxième enfance, cette maladie est une véritable exception, en dehors des inoculations directes. Par conséquent, si les affections cutanées cachectiques, telles que l'ecthyma, la gangrène phagédénique, etc., apparaissent avec leurs caractères identiques pendant la courte durée des cachexies des nouveau-nés, on est bien dûment conduit à soupçonner l'absence de la syphilis chez cer-

tains nouveau-nés présentant ces affections, dont les prétendus caractères spécifiques sont invisibles ou tellement délicats qu'on peut les considérer comme illusoires. Ne sera-t-on pas en droit d'en douter, surtout lorsqu'on voit apparaître chez des nouveau-nés mal nourris, déjà épuisés, des ulcérations succédant à des érythèmes plus ou moins persistants, des pustules d'ecthyma avec tendance ulcéreuse, d'un aspect sordide et sanieux ? si, disons-nous, les ascendants n'offrent aucune trace de syphilis, s'il existe des frères sains et si l'enfant prétendu syphilitique n'a pas été nourri à la mamelle, qu'il ait souffert de la faim, comme cela arrive si souvent, ne sera-t-on pas en droit d'écarter la syphilis, qui, pourtant, aura pu très-certainement être soupçonnée, d'après les signes qu'on lui donne dans la plupart des traités classiques sur la matière ?

Les crevasses du mamelon, qui provoquent, chez les nourrices, des douleurs très-vives, sont parfois une cause indirecte de dépérissement pour les nourrissons.

Or, il est arrivé plus d'une fois qu'une mère allaitant son enfant et lui adjoignant un nourrisson ait vu des crevasses survenir à l'un des mamelons. Dans les idées de contagion si arrêtées et toujours en éveil chez les nourrices, il arrive naturellement que le sein affecté est donné au nourrisson d'emprunt. Celui-ci s'amaigrit, ou même, avant qu'il maigrisse, des éruptions plus ou moins insignifiantes apparaissent, tandis que son frère de lait continue à prospérer.

Au bout d'un temps qui peut être assez court, les faits se dessinent plus nettement encore ; l'enfant ma-

lade devient cachectique, et, comme tel, offre quelques-unes des affections cutanées qui simulent la syphilis. Si un changement de nourrice n'intervient pas assez tôt, la mort pourra venir donner une confirmation des soupçons qui sont toujours énergiquement exprimés par les plaintes de la nourrice ou de la famille de l'enfant.

On peut s'assurer avec quelle facilité certains médecins prononcent les mots d'infection syphilitique à l'occasion des lésions cutanées infantiles dès qu'elles ne rentrent pas dans les faits ordinaires de chaque jour, et même il en est, et des plus instruits, qui reconnaissent l'*acné syphilitique*, l'*impetigo syphilitique*, etc., chez le nouveau-né !

Rappelons qu'à la fin du siècle dernier le *muguet* était encore rangé, avec beaucoup d'autres symptômes aussi étrangers à la syphilis, comme un des caractères de cette maladie (Doublet). Bertin établit que les membranes muqueuses « des yeux, du nez, des « oreilles, du vagin, de l'urèthre et de l'anus, « peuvent être affectées de catarrhe vénérien chez le « nouveau-né. Il en résulte un écoulement d'une « couleur verdâtre, plus ou moins foncée, avec ir- « ritation plus ou moins vive. Quelques-unes de ces « blennorrhagies existent quelquefois en même temps, « d'autres fois elles ne se manifestent que successive- « ment sur différentes parties. Elles se suppriment « avec la plus grande rapidité pour se porter sur « d'autres membranes et trop souvent aux dépens de « l'organe qu'elles tapissent. » — « *Observation*. 3e. —

« Sophie Am..., âgée de 26 mois, entrée le cin-
« quième jour complémentaire de l'an X, était at-
« taquée depuis deux mois d'un écoulement par le
« vagin, qui se dissipa quinze jours après son admis-
« sion et fut remplacé par une ophthalmie qui s'ac-
« compagna de pustules tuberculeuses sur la face.
« Traitée par le muriate suroxygéné de mercure, elle
« sortit guérie le premier messidor an II, et fut re-
« mise à sa mère (1). »

Bertin, qui fait autorité et dont les idées sur la syphilis infantile sont reproduites chaque jour, envisage ainsi la question des *chancres et ulcères vénériens* (p. 56) : « Un soulèvement partiel de l'épiderme,
« une petite phlyctène, une bulle peu sensible en com-
« mençant, s'ouvrent bientôt et ne manifestent d'a-
« bord qu'une simple érosion ou un point ulcéré qui
« s'élargit et blanchit peu à peu. Il en découle une
« matière séreuse ou ichoreuse plus ou moins fétide :
« c'est le *chancre* ou *ulcère chancreux*. Quelquefois
« cette matière devient *liquide et noirâtre, ce qui an-*
« *nonce une gangrène prochaine*. C'est plus particulière-
« ment à la face et à la tête des nouveau-nés que ces ul-
« cères éprouvent cette funeste terminaison. On sait
« que l'un des caractères généraux de ces chancres
« vénériens, est d'avoir les bords durs, élevés et plus
« ou moins inégaux : mais leur forme présente des
« variétés selon les parties qu'ils attaquent. Ces ul-

(1) *Traité de la maladie vénérienne chez les nouveau-nés.* Paris, 1810.

« cères se divisent, comme plusieurs autres symp-
« tômes vénériens, en primitifs et en consécutifs; les
« uns et les autres ont leur siége tantôt sur la mem-
« brane muqueuse et tantôt sur la peau. Les patho-
« logistes ont fait tous leurs efforts pour distinguer les
« ulcères vénériens, d'après leur siége et l'infection
« vénérienne de première et de seconde origine; mais
« les médecins et les chirurgiens qui ont l'habitude
« d'observer ces ulcères à leur naissance, de les
« suivre dans leur marche et dans leur développe-
« ment, bien convaincus que leur forme diffère, d'a-
« près une foule de circonstances qu'il n'est pas de
« mon objet de mentionner, sont encore souvent em-
« barrassés dans leur diagnostic, et ne peuvent quel-
« quefois juger le vrai caractère de ces ulcères qu'à
« l'aide des signes commémoratifs. La forme arrondie,
« la coupe verticale que l'on a attribuée aux chancres
« ou ulcères primitifs, n'est pas constante; cette
« forme, cette coupe varie non-seulement selon
« qu'ils attaquent la membrane muqueuse ou la peau,
« mais encore suivant les différentes parties de ce
« système d'organes.

« Les uns et les autres présentent ordinairement
« plus ou moins de dureté et de callosité dans leurs
« bords. Cependant les ulcères primitifs n'offrent
« quelquefois que des excoriations superficielles sans
« aucune dureté. L'ulcère qui affecte le système cu-
« tané, qu'il soit primitif ou secondaire, se recouvre
« d'une croûte qui se reproduit quand on l'enlève,
« et il se rapproche beaucoup, sous ce rapport, des

« pustules ulcérées. Les ulcères secondaires ne « sont pas, aussi souvent que les primitifs, précédés « de vésicules ; ils se présentent quelquefois sous la « forme de pustules, de boutons ou de véritables « phlyctènes. Ils *rongent* dans certains cas la peau, le « tissu cellulaire, les fibres musculaires et même le « périoste. J'ai fait cette observation sur un enfant « que j'ai ouvert il y a quelque temps, en pré- « sence de MM. Cullerier neveu, Stubert, Gilbert, « et quelques autres médecins. Les bords de cet ul- « cère n'étaient point durs, comme ils le sont ordi- « nairement ; ils étaient coupés net. On doit distinguer, « chez les enfants comme chez les adultes, les chan- « cres en superficiels et en profonds, en inflamma- « toires et en atoniques, en bénins et en malins, en « stationnaires et en rongeants. Ces distinctions ne « sont point à dédaigner, elles ne sont point purement « scholastiques, elles appellent, elles exigent un trai- « tement différent. Si on y avait plus d'égard dans la « pratique, on ne verrait pas aussi fréquemment des « ulcères qui auraient pu se guérir facilement par les « délayants et calmants, se terminer d'une manière « aussi funeste. Nos prédécesseurs avaient bien ob- « servé que les chancres qui attaquent le frein de la « langue des nouveau-nés, présentent l'aspect d'une « brûlure ou d'une érosion enflammée, mais cet as- « pect est loin d'être constant. Ils se présentent quel- « quefois sous la forme de scissures ou de véritables « ulcères dans l'intérieur des joues, au voile du pa- « lais et dans toute l'arrière-bouche ; ils commencent

« par de petits points saillants et ronds, qui, bientôt « ouverts, présentent une ulcération dont le fond est « blanchâtre et à bords relevés. A l'anus et au nom- « bril, ils prennent le nom de rhagades ; je les ai fré- « quemment observés sous cette forme chez les nou- « veau-nés, ils coexistent assez souvent avec ceux de « la bouche ; ils atteignent aussi, sous cette forme, « les pieds et les mains et s'étendent jusqu'à la racine « des ongles qu'ils chassent. J'ai vu deux fois ce « symptôme chez les enfants confiés à mes soins, « etc., etc. »

On voit assez que Bertin a décrit comme de prétendus chancres et des ulcères vénériens les divers aspects des gangrènes phagédéniques infantiles. Combien il y a loin de ces descriptions vagues, désignées sous les noms d'ulcères chancreux, croûteux, etc., à l'histoire de la plaque muqueuse, si facile à constater, et qui est à la syphilis congéniale ce que le chancre est à la syphilis acquise. Un enfant est né couvert de pustules, voilà ce qu'on entend répéter tous les jours dans le monde médical comme dans le monde proprement dit. L'expression fait image ; il n'en a pas fallu davantage pour qu'elle servît de passe-port aux altérations les plus dissemblables.

Et pourtant Bertin lui-même, qui a contribué à laisser sur le compte de la syphilis infantile tous les symptômes qui souvent même en sont si indépendants, a dit (1) : « Il serait bien à désirer que

(1) *Loc. cit.*, p. 121.

« l'on pût déterminer d'une manière exacte et positive « les signes qui distinguent les *dartres vénériennes* de « celles qui ne le sont pas. J'ignore si les médecins « qui se sont occupés de ce sujet spécialement ont été « plus heureux que moi. J'ai étudié et observé avec « attention les différentes espèces de dartres chez les « enfants infectés de syphilis, et j'y ai toujours re- « connu les formes variées des dartres ordinaires. « On ne peut souvent s'assurer de leur cause chez les « adultes que par les renseignements que donne le « malade ou par l'effet des médicaments. Les diffé- « rentes espèces de dartres doivent donc inspirer des « soupçons; mais elles ne sont pas un signe probant « de syphilis. »

Quelle sage réserve ! Combien d'auteurs modernes sont loin de cette prudente manière de faire !

D'ailleurs, à travers toutes les contradictions, tous les faits si nombreux et si obscurs tout à la fois qui encombrent l'histoire de la syphilis infantile, il est une vérité qui frappe les meilleurs esprits, c'est le petit nombre d'enfants atteints de syphilis, eu égard au grand nombre de naissances de sources infectées. On peut voir combien la syphilis infantile est rare parmi les nouveau-nés de l'hôpital de Lourcine à Paris et des dispensaires de province. De même, on peut consulter plus haut le tableau de Legendre, pour s'assurer combien est petit le nombre d'enfants infectés, malgré la grande quantité de pères et de mères syphilitiques. Nous avons eu sous les yeux, l'année dernière, à l'hôpital Necker, dans le service de notre maître, le professeur Natalis

Guillot, une jeune fille-mère qui subit depuis trois mois un traitement antisyphilitique pour des plaques muqueuses de la vulve. Son enfant, âgé de trois mois et demi, n'a pas encore cessé d'être sain et vigoureux.

F. — OBSERVATIONS.

Je crois utile, en terminant cet exposé des signes de la syphilis des nouveau-nés, d'en présenter quelques exemples choisis dans les auteurs et parmi mes propres observations.

OBSERVATION I. — *Prétendue syphilis infantile.* — Par.., âgé de 3 mois, entré le 21 messidor an IX, fut attaqué d'une ophthalmie purulente un mois après sa naissance.

L'ophthalmie était guérie quand il entre à l'hôpital, mais elle avait été remplacée par un écoulement à l'anus qui dure six semaines. Il ne subit qu'un traitement indirect, fut vacciné le 24 brumaire de la même année, et sortit à la fin du même mois jouissant d'une bonne santé. (Bertin, p. 44.)

OBSERVATION II. — Anne Brom..., entrée le 24 septembre 1807, à l'âge de quatorze jours, étant attaquée d'un écoulement par le vagin et par les oreilles, portant au bras droit des pustules tuberculeuses. On n'a pu s'assurer d'une manière positive de l'époque précise des symptômes, et comme je fus absent pendant une partie du temps que cette enfant passa à l'hôpital, j'ignore quelle a été la marche de la maladie et quel traitement a été employé. Je trouvai l'enfant bien guérie à mon retour de la grande armée. Elle a été envoyée à la Maternité le 13 septembre 1808. (Bertin, p. 45.)

OBSERVATION III. — Victoire Dup..., entrée le 20 prairial an X, à l'âge de trois jours, présentait un écoulement vaginal qui avait tous les caractères vénériens. Il était survenu le deuxième jour de la naissance. Cet écoulement dura un mois, se supprima subitement et fut remplacé par une ophthalmie très-grande, mais qui n'eut aucune conséquence fâcheuse. Un ulcère

au nombril survint à la même époque ; comme il présentait un peu d'inflammation, il fut pansé d'abord avec les émollients, et quand l'irritation fut diminuée, par le cérat mercuriel, il fut guéri dans l'espace d'un mois. Mais l'enfant meurt le 22 pluviôse an II, victime d'une dentition orageuse. Les ulcères du nombril chez les enfants, ont été regardés comme mortels par Doublet. (Bertin, p. 62.)

Observation IV. — *Pseudo-syphilis constitutionnelle chez un nouveau-né. Coryza, plaque diphthéritique de la muqueuse buccale* (1).—Th..., né le 25 janvier 1851, apporté le 26 février par sa mère qui l'allaitait. Elle ne présente aucun symptôme de syphilis, et il ne s'en déclare pas chez elle pendant un séjour de six mois à l'hôpital.

Peu de renseignements sur la santé du père ; l'origine de la syphilis de l'enfant reste inconnue. Quinze jours après sa naissance, taches et psoriasis syphilitique sur les fesses, les cuisses et les parties génitales.

Le 20 mars, coryza avec sécrétion mucoso-purulente, abondante, avec teinte grise, comme celle que déterminerait une couche très-mince de fausses membranes. Ulcérations superficielles au pourtour de la narine gauche, et aux deux tiers supérieurs de la lèvre. A la commissure gauche des lèvres, ulcération très-superficielle à surface grise, pultacée, dont les bords sont relevés. Sur le milieu de la lèvre inférieure, large plaque grise, membraneuse, unie, dont les bords sont un peu relevés. A côté, une plaque plus petite présente une ulcération arrondie : cette dépression centrale paraît due à une perte de substance et à un amincissement de la couche pseudo-membraneuse.

On trouve encore sur la muqueuse et la lèvre supérieure, une large plaque grise un peu élevée au-dessus de la muqueuse et très-adhérente, sans ulcères. Il en existe de plus petites sur les bords et la pointe de la langue, les bords libres des arcades dentaires ; elles dépassent de toute leur épaisseur la muqueuse qui ne présente pas de traces d'inflammation. Dans tous ces

(1) Martellière, *Thèse sur l'angine syphilitique*. Janvier 1854.

points, elles sont lisses et leur surface reste intacte. Les jours suivants, la muqueuse de la langue rougit autour des plaques, dont les bords se détachent en même temps que le centre éprouve une destruction progressive. L'ulcération ne pénètre pas jusqu'à la muqueuse. La plaque médiane de la lèvre inférieure et celle de la commissure se rétrécissent. La muqueuse se cicatrise à la périphérie. Le 15 avril, la plaque pseudo-membraneuse de la lèvre supérieure a diminué d'étendue, elle dépasse de toute son épaisseur le niveau de la muqueuse qui est restée saine. Les plaques grises de la langue ont disparu et leur plaie n'est plus indiquée que par une *excoriation* un peu déprimée qui devient chaque jour plus étroite. Le 20, les plaques diphthéritiques de la muqueuse labiale se restreignent sans ramollissement ni élimination inflammatoire. A partir du moment de l'apparition de ces diverses manifestations syphilitiques, l'enfant avait été soumis à un traitement consistant en frictions avec l'onguent mercuriel et en bains de sublimé. Il succomba le 25 avril à une tuberculisation aiguë qui ne fut reconnue qu'à l'autopsie. Pendant toute la durée du séjour du petit malade à l'hôpital, la gorge, examinée à diverses reprises, ne présenta aucune altération.

Observation V. — *Observation de gangrène phagédénique simulant une syphilis congéniale.* — Salle Sainte-Cécile, n° 28, hôpital Necker, service de M. le professeur Natalis Guillot. Catherine Triqueman, âgée de 23 ans, grande et vigoureuse, pas d'antécédents syphilitiques appréciables, rien dans l'interrogatoire ne permet de supposer quelque chose de spécifique.

Le père est un homme jeune qui n'a jamais eu, dit-on, d'affection syphilitique, actuellement du moins, il ne présente rien qui puisse infirmer ses assertions. Le 2 mars 1858, Catherine Triqueman est accouchée à la Maternité, qu'elle quitta huit jours après. Une fois retournée dans son domicile, elle s'aperçut que son enfant portait dans l'aine droite une ulcération ronde qu'elle dit être grande alors comme une pièce de 50 centimes. Un médecin conseilla l'application de cérat et l'usage de bains quotidiens. L'ulcération faisant des progrès en même temps que des pustules commençaient à se montrer sur les membres inférieurs,

elle se décida à venir à l'hôpital. Voici quel état présentait l'enfant. Petite fille bien conformée, sans amaigrissement considérable, pâleur légère. Érythème très-rouge, occupant toute la partie inférieure du tronc et le haut des cuisses, les pieds et les malléoles étaient également un peu érythémateux. Sur presque toute la partie inférieure du tronc, surtout dans les points où l'érythème est très-animé, existent des pustules et des vésicules. Celles-ci sont très-petites, acuminées, ressemblant à des papules. Mais il existe sur le sommet du plus grand nombre, une petite quantité de sérosité trouble. Les pustules sont également petites et remplies par une sérosité purulente, quelques-unes d'entre elles sont converties après leur rupture en petites ulcérations serpigineuses, grisâtres, d'un mauvais aspect. Mais dans l'aine droite on constate une grande ulcération allongée dans le sens du pli de l'aine qui intéresse une grande partie de ce sillon.

Cet ulcère est gris, sanieux dans son centre, avec les bords légèrement taillés en biseau aux dépens de l'épaisseur du derme. Ces bords forment comme toujours une ligne finement grenue, dont la coloration diffère considérablement du reste de l'ulcération. La présence de cette lésion oblige l'enfant à maintenir constamment sa cuisse fléchie sur l'abdomen, ce qui contribue, par la disposition naturelle des parties, à mettre en contact l'ulcération avec elle-même, attendu qu'elle est à cheval sur le pli cutané de l'aine. Le rapprochement de la cuisse sur l'abdomen juxtapose directement les deux moitiés de l'ulcère l'une sur l'autre.

M. le professeur Guillot douta, malgré l'avis contraire de la plupart des témoins de l'examen du malade, de la nature syphilitique de ces lésions. Il suspendit son jugement, se réservant d'étudier la marche de l'affection pendant quelques jours.

Du côté de la mère il n'y avait rien à noter, que des crevasses aux seins qui n'offraient rien de particulier. Sous l'influence des soins de propreté et de bains rendus toniques et astringents avec l'écorce de chêne, on assista lentement à la transformation, puis ensuite à la réparation de cette ulcération phadégénique de l'aine droite.

D'abord la plaie perdit son aspect grisâtre, sanieux, uniforme; les bords arrêtèrent leur envahissement serpigineux périphérique. En même temps l'érythème de la partie inférieure du tronc et les éruptions pustuleuses, papuleuses et vésiculeuses, s'éteignirent progressivement. Lorsque la plaie eut perdu son apparence phagédénique, elle devint rose, puis bientôt après elle se couvrit de bourgeons charnus qui formèrent de légères saillies sur différentes parties de la plaie, et contribuèrent à lui donner momentanément l'apparence d'une réunion de plaques muqueuses. Une seule cautérisation faite avec un crayon de nitrate d'argent, suffit pour réprimer ces bourgeons charnus en permettant à la cicatrice de se former régulièrement. Celle-ci fut un certain temps à se faire attendre, les mouvements d'extension de la cuisse la tiraillant sans cesse. Mais enfin elle se fit complétement, et l'enfant fut radicalement guérie. Les crevasses des deux mamelons des seins de la jeune mère se guérirent également, et ces deux malades furent renvoyées le 23 juin 1858.

Pendant tout le temps de leur séjour, la mère et l'enfant ne furent soumises ni l'une ni l'autre à aucun traitement mercuriel.

Observation VI. — *Observation d'une petite fille cachectique présentant des lésions cutanées simulant la syphilis.* — Urson (Zénaïde), âgée de 28 ans, entrée le 6 avril 1858, à l'hôpital, n° 16, de la salle Sainte-Cécile, service de M. le professeur Natalis Guillot. Cette femme, au moment de son entrée, était enceinte de cinq ou six mois; elle est très-petite, assez délicate ; sa fille pour laquelle son admission a été autorisée est âgée de 26 mois. Les renseignements fournis par la mère, sont l'existence de plusieurs enfants qui tous sont sains et bien portants. Elle affirme n'avoir jamais eu d'affection vénérienne, et elle est aussi affirmative pour le père et les enfants. Quoi qu'il en soit, cette mère n'offre rien de suspect actuellement : mais il n'en est pas de même pour son enfant. Celle-ci, en effet, présente un aspect extérieur chétif, malingre, sa conformation est normale, mais très-peu développée pour son âge, la dentition est en retard. Ventre gros, les yeux affectés d'ophthalmies légères, les chairs sont molles et flasques. Le corps est presque complétement cou-

vert par une éruption complexe. Sur la partie antérieure et supérieure du tronc, cette éruption est surtout papuleuse.

Aux lombes et autour des parties génitales et anales, les vésicules et les pustules dominent. Celles-ci ont des dimensions très-variables, les unes sont largement remplies de pus et prennent parfaitement l'aspect de l'ecthyma, les autres sont, au contraire, petites, acuminées, se développant sur des surfaces érythémateuses plus ou moins larges. On voit également sur toute la surface du corps, mais principalement vers les parties inférieures, des taches nombreuses, d'un rouge sombre, comme cuivrées, qui semblent formées par l'existence de pustules arrivées à la guérison, et n'ayant laissé que cette seule trace. On est conduit à cette opinion en voyant des teintes variées et des degrés différents dans ces évolutions; il est même possible de saisir en quelque sorte tous les âges de ces transformations successives.

On voit également sur le tronc des cicatrices rondes, déprimées, qui rappellent exactement celles que laisse après elle la variole, après une longue période de temps écoulé depuis sa disparition. Enfin, à la fourchette vulvaire, il existe des saillies rappelant les condylômes chez les adultes. Ces saillies sont muqueuses et cutanées, formées par un tissu de cicatrice s'étant développé évidemment sur des ulcérations siégeant à la jonction de la peau et de la muqueuse génitale. Ces appendices dont la saillie ne dépasse pas quelques millimètres, concourent par leur présence et l'aspect de ces éruptions cutanées, ainsi que l'existence d'un coryza intense, à faire croire à la syphilis. De plus, il existe dans les aines, deux chapelets ganglionnaires volumineux, formant une série de tumeurs indolentes d'un volume égal à celui d'une grosse noisette. En explorant sous les doigts ces tumeurs, on reconnaît qu'elles sont formées par les ganglions inguinaux dont elles occupent les régions; la peau qui les recouvre n'offre aucune animation. La mère fait observer qu'il y a déjà plusieurs mois que l'enfant présente ainsi ces grosseurs.

Un traitement antisyphilitique complet fut institué en conséquence peu de jours après l'entrée de la malade. Ce traitement fut suivi jusque vers la fin de mai, sans aucune espèce d'amélio-

ration appréciable. Les pustules d'ecthyma cachectique, non-seulement persistèrent, mais de nouvelles apparurent en grand nombre surtout aux lombes. L'érythème, les condylômes et les bubons restèrent entièrement stationnaires.

L'enfant perdait de plus en plus ses forces, les digestions devenaient plus mauvaises encore, la diarrhée se montrait de temps à autre. Les bains de sublimé paraissaient quelquefois améliorer l'aspect ulcéreux des pustules d'ecthyma, mais l'état général ne s'améliora nullement. Il fallut, vers la fin de mai, suspendre le traitement antisyphilitique. On y substitua des bains d'écorce de chêne, des juleps au quinquina, du vin de Bordeaux et une nourriture animalisée. Pendant environ quinze jours on put croire à une amélioration sous l'influence du nouveau régime, les affections cutanées avaient un meilleur aspect, l'enfant paraissait plus forte et avoir un peu plus de mouvement et d'appétit. Mais cette amélioration ne se soutint pas dans le cours du mois de juin; l'enfant dépérit, la peau et les muqueuses se soulevèrent de plus en plus, la fièvre devint constante et la diarrhée s'établit d'une façon presque régulière.

Enfin dans la première semaine du mois de juillet, tandis que les lésions cutanées s'éteignaient peu à peu sans toutefois perdre leur coloration rouge sombre, la principale tumeur ganglionnaire de l'aine droite s'anima, la peau peu à peu devint rouge, et vers le 16 juillet, la suppuration était évidente par la fluctuation.

Il en résultait, dans l'aine droite, une petite tumeur grosse comme l'extrémité du doigt qui se détachait du reste du chapelet ganglionnaire induré, par la coloration rouge vif, comme cela arrive au moment de l'ouverture spontanée d'une collection purulente.

L'état général est de plus en plus grave, tout laisse prévoir la fin prochaine de cette petite fille dans un marasme complet. L'auscultation révèle dans les deux poumons l'existence de gros râles humides.

Il est impossible de croire à l'existence d'une syphilis; toutes ces lésions cutanées sont évidemment sous la dépendance d'une cachexie, et, comme il n'est que trop malheureusement probable, cachexie tuberculeuse dont les progrès seront inévitables.

Observation VII. — *Observation de gangrène phagédénique chez un nouveau-né, pouvant simuler une syphilis congéniale.* — La femme Phizet, âgée de 27 ans, est entrée le 10 avril 1858, au n° 28 de la salle Sainte-Cécile, à Necker (service du professeur Natalis Guillot).

Cette femme est grande et forte, colorée, d'une santé parfaite, n'ayant jamais été malade. Elle est mère de trois enfants, les deux aînés sont sains et vigoureux. Sa dernière petite fille, âgée de trois mois, a été confiée à des gardes, puis placée dans une salle d'asile d'où elle a été retirée à l'occasion de la maladie qui l'a fait amener à l'hôpital. Il y a environ quinze jours, il survint chez cette enfant des taches rouges sur les membres abdominaux et la partie inférieure du tronc, puis de petites ulcérations sur les fesses. La mère ayant réclamé des soins médicaux en ville, on lui assura que ce n'était rien de sérieux; des bains de sons et de la poudre d'amidon furent ordonnés. Malgré l'emploi de ces topiques, les ulcérations firent des progrès constants, et voici dans quel état la malade se trouvait au moment de son admission à l'hôpital Necker. L'enfant est bien conformée, sans maigreur, et ne semble pas trop décolorée ni appauvrie ; sur les membres abdominaux, on constate l'existence d'un grand nombre de taches rouges, sortes de macules très-irrégulières de forme, existant en grand nombre, quelques-unes paraissant légèrement saillantes. Ces taches n'existent que sur les membres abdominaux et la partie inférieure du tronc, il est impossible d'en rencontrer au-dessus de l'ombilic. Les fesses sont le siége d'un remarquable exemple de gangrène phagédénique chez un enfant de trois mois. Sur les deux fesses, il existe une ulcération considérable représentant parfaitement ce qui pourrait se faire, si, par inadvertance, on eût assis l'enfant sur une plaque rougie au feu. Ces ulcérations, en effet, sont sur la partie saillante des fesses et dans les points qui supportent le poids du corps dans la position assise, de sorte qu'au premier abord on pourrait croire à l'existence d'une brûlure. L'ulcération phagédénique de la fesse droite mesure au moins 5 centimètres de longueur et 4 de largeur, avec une forme ovalaire. Elle occupe une grande partie de

la fesse, le fond est grisâtre, sans humidité, le bord est très-régulièrement taillé en biseau, sur ce biseau se voit l'épaisseur même du derme, avec un aspect finement grenu. Ce rebord n'a pas la couleur grise sale du fond de l'ulcère, il est au contraire d'un gris rose. Autour de ce rebord en biseau, il existe un large bourrelet dur, œdémateux, d'environ 2 centimètres de largeur, rouge, violacé, formant une saillie assez prononcée.

Il est évident que le bord taillé en biseau précédé par l'œdème dur périphérique, est en quelque sorte le *processus* ulcéreux. L'œdème se montre d'abord dans les tissus sous-cutanés et le bord ulcéreux s'avance en agrandissant d'autant le fond de l'ulcération, et conserve toujours l'aspect d'une ligne étroite, régulière, finement grenue. Ni ce bord ni le fond (si on regarde attentivement) de ces ulcères n'offrent la plus légère ressemblance avec la *diphthérite cutanée*. Il est impossible, même avec des pinces fines, de saisir quelque chose qui ait une analogie lointaine avec une pseudo-membrane. Ces tentatives font sourdre du sang de la surface touchée. Celle-ci, contrairement à la gangrène phagédénique, siégeant soit à la bouche, soit à la vulve, soit dans un repli cutané toujours humide, n'a pas l'aspect sordide, gangréneux, donné par la sanie gangréneuse qui se trouve si abondamment dans ces différents points. Ces ulcérations, qui, au contraire, ne dépassent pas l'épaisseur totale du derme, n'ont aucune suppuration, c'est à peine si quand on a laissé les linges appliqués plusieurs heures dessus, il y a quelques traces de ce contact. Souvent la sécheresse est telle que le sang s'écoule en rompant les adhérences qui unissent les linges avec le pourtour linéaire de l'ulcère.

A la fesse gauche, il existe une ulcération exactement pareille, ayant tous les mêmes caractères, la seule différence est dans la dimension qui est moindre. Ces deux ulcères n'ont point encore envahi les surfaces cutanées qui se trouvent en contact par le rapprochement normal des fesses, mais déjà l'œdème dur périphérique, à couleur rouge, érysipélateux, de chaque ulcère pénètre dans ce repli, où les ulcérations phagédéniques marchent habituellement si vite.

On voit dans le voisinage de ces surfaces ulcéreuses, de petites taches d'un rouge vif, où il est facile de voir comment s'opère le début de ces gangrènes. En effet, sur ces taches il existe en un point quelconque, soit au centre, soit au pourtour, un tout petit trou ulcéreux; on dirait l'orifice d'un follicule sébacé, où déjà existent des bords taillés à pic et un fond gris sanieux à apparence caractéristique. Il est facile d'étudier depuis le commencement, presque imperceptible si on n'y prête pas une grande attention, jusqu'aux grandes ulcérations dont nous avons donné la description, car il en existe de toutes les dimensions.

Il en est cependant qui paraissent suivre l'évolution d'une très-petite pustule, mais rapidement toute trace de celle-ci disparaît pour faire place à une ulcération phagédénique avec ses caractères propres.

Le 12 avril, un premier bain de sublimé est prescrit à l'enfant qui présente depuis quelques jours un léger mouvement fébrile et une diarrhée verte assez intense.

Les jours suivants, l'enfant ne présenta aucune particularité, les ulcérations continuèrent à offrir le même aspect, et l'état général à se maintenir satisfaisant. La diarrhée perdit sa coloration verte en même temps qu'elle devint moins abondante.

Le 16 avril, la mère voulut s'en aller chez elle pour soigner, disait-elle, ses deux autres enfants. Son mari avant son départ vint la visiter, et M. le professeur Natalis Guillot put juger par lui-même, que le père et la mère n'offraient ni l'un ni l'autre de traces de syphilis.

La petite malade, une fois hors de l'hôpital, fut promptement dans un état plus sérieux. Ayant pris connaissance de la demeure du ménage Phizet, je me rendis au domicile indiqué où je pus suivre les progrès de cette gangrène phagédénique.

Quelques jours après la sortie de l'hôpital, cette enfant de trois mois, qui partageait les soins de sa mère avec ses deux frères, restant souvent des heures entières souillée par les matières fécales, fut reprise de diarrhée verte, la peau et les muqueuses se décolorèrent profondément. Les ulcérations s'agrandirent tellement, que le 24 avril elles occupaient littéralement toute l'étendue

des fesses qui semblaient avoir perdu la partie courbe, comme le ferait une section droite enlevant le segment d'une sphère. Les ulcérations avaient pénétré dans le repli entre les deux fesses. Çà et là, au pourtour de la vulve et de l'anus, on distinguait de petites ulcérations rondes, serpigineuses, représentant en miniature les deux grandes ulcérations des fesses. Celles-ci offraient encore leur même bourrelet œdémateux périphérique avec la coloration rouge en liséré ; seulement le fond a perdu son apparence sèche comme vernie, il est devenu grisâtre, uniforme, sanieux, sans aucune espèce d'aspérités : les bords en lisérés envahissants, sont toujours taillés légèrement en biseau, ils forment encore une légère bande très-étroite, d'une coloration différente de celle du fond de l'ulcère, et cette différence simule parfaitement l'existence d'une large pseudo-membrane grise, qui serait enchâssée par les bords de l'ulcération ; en regardant attentivement ces ulcères, on ne peut s'empêcher de convenir combien cette apparence est parfaite et combien il est facile de s'y laisser prendre. Mais si avec des pinces on veut saisir au pourtour de la circonférence cette prétendue pseudo-membrane là où elle semble devoir être facile à constater, on voit évidemment à quoi on a affaire et que la prétendue fausse membrane, n'est qu'un détritus *moléculaire gangréneux*. Si le froissement pour soi-disant saisir ou détacher la fausse membrane a été un peu énergique, le sang s'échappe aussitôt du point touché. Sur toutes les autres petites ulcérations dont les dimensions varient beaucoup, les bords offrent la même disposition ainsi que le fond, seulement l'apparence pseudo-membraneuse est ici moins complète. L'enfant est profondément altérée, quoiqu'il n'y ait pas d'amaigrissement, la peau est chaude et sèche, d'un blanc mat, la muqueuse buccale participe à cette décoloration, la voix est cassée, les jambes, les cuisses, sont encore couvertes par l'érythème qui a perdu de sa coloration rouge vif.

Sur le côté gauche du tronc, il existe une ecchymose de la grandeur d'une pièce de 50 centimes.

Le 20 avril, les accidents continuaient à s'aggraver, les ulcérations s'étendaient en largeur, lentement, il est vrai, mais enfin,

les progrès étaient appréciables; de nouvelles pustules débutant comme les premières apparaissaient. Celles déjà ulcérées prenaient de plus en plus les caractères des deux grandes ulcérations. Les muqueuses anales et vulvaires étaient d'un rouge vif, offrant des ulcérations serpigineuses très-petites, à forme exactement semblable aux autres. Il y en avait de toutes les dimensions, depuis celle qui succède à la rupture des pustules initiales, jusqu'à la largeur d'une fève. Les plis génito-cruraux étaient ainsi presque totalement envahis. Aucun de ces ulcères n'avait, excepté les deux considérables occupant les fesses, dépassé l'épaisseur du derme; la bouche n'offrait aucune ulcération, le nez était le siége d'une sécrétion mucoso-purulente peu abondante; la muqueuse oculaire saine, la face était d'une pâleur remarquable et comme légèrement bouffie, l'embonpoint n'était pas complétement perdu. La surface du corps était profondément décolorée avec une teinte légèrement jaunâtre. Les ecchymoses étaient au nombre de six ou sept disséminées sur le tronc et les membres.

L'érythème de la partie inférieure du corps et du haut des cuisses existait encore. Les pieds, les malléoles, participaient à cette rougeur, et, sur quelques points même, la peau commençait à s'exulcérer. Les forces étaient complétement abolies, le cri presque éteint, c'était à peine si l'enfant pouvait saisir le sein de sa mère, qui d'ailleurs n'avait qu'un lait très-insuffisant.

Peu de jours après mon dernier examen, l'enfant fut pris d'une pneumonie catarrhale à laquelle il succomba. L'autopsie ne put être pratiquée.

RÉFLEXIONS.

Je rappellerai en quelques mots qu'aucune idée de syphilis ne peut être invoquée ici. L'examen du père et de la mère les montre tous deux sains et vigoureux et ayant deux autres enfants pleins de santé et de fraîcheur. Rien d'ailleurs en dehors des ulcérations n'a *ressemblé à la syphilis*, quand on connaît l'allure et la physionomie des gangrènes asthéniques envahissantes, propres aux cachexies infantiles. Si on veut trouver la cause de la mort de

cette enfant, il faut remonter aux antécédents. La mère, après avoir commencé à l'allaiter, se voit obligée de la placer dans une salle d'asile où elle tomba malade. Quand l'enfant reprit le sein de sa mère, le lait manqua presque complétement; elle eut un régime aussi peu suivi que possible, comme cela se voit si fréquemment parmi les populations pauvres où les conditions de travail et d'existence sont intimement liées. On ne peut croire ici à la présence d'ulcération syphilitique primitive: les inoculations (voir les maladies cutanées cachectiques), faites en nombre suffisant, ont jugé la question. Il est également impossible d'expliquer les ulcérations par les résultats de la marche ulcéreuse de tubercules syphilitiques analogues à ceux de l'adulte. Les tubercules font ici défaut, le processus ulcéreux-gangréneux moléculaire est ordinairement tout autre, et puis d'ailleurs, dans les traités de syphilis congéniale, il est question quelquefois d'ulcérations syphilitiques. Mais quelle obscurité sur ces faits! Il suffit, nous le répétons jusqu'à satiété, d'étudier les cachexies infantiles quelles que soient leurs causes productrices, pour assister à toutes ces lésions soit ulcéreuses, soit érythémateuses, pustuleuses ou autres; pour bien se pénétrer de cette vérité qu'il existe un grand nombre de faits soi-disant probants de syphilis congéniale qui n'ont aucune espèce de relation avec ce poison morbide. Cette manière de voir sera promptement celle des observateurs qui, se dégageant de toute idée préconçue, étudieront les cachexies des nouveau-nés et surtout celles de la seconde enfance, car elles rendront un compte satisfaisant de toutes les contradictions les plus flagrantes qui encombrent l'histoire de la syphilis infantile.

ARTICLE III. — TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

Nous avons essayé de montrer combien la syphilis héréditaire est rare, contrairement à la fréquence admise par bon nombre d'auteurs, et combien de parents syphilitiques donnent naissance à une race, non-

seulement indemne de toute affection syphilitique, mais encore parfaitement saine et vigoureuse. Quel est le praticien qui n'a pas parmi ses clients des malades autrefois syphilitiques d'une façon irrécusable, et qui actuellement sont pères d'enfants très-sains et très-vivaces?

Néanmoins, une fois la syphilis *dûment* constatée chez un nouveau-né, quel est le traitement à instituer? quel est son moment opportun?

Ce sont les deux premières questions qui surgissent à l'occasion des cas de syphilis infantile.

Nous avons vu quelle différence profonde sépare la syphilis de l'adulte et celle de l'enfant; et, malgré les tentatives aussi nombreuses que stériles qui assimilent les périodes syphilitiques infantiles à ce qui se passe dans l'âge mûr, il a toujours été impossible de se laisser ainsi guider et d'arriver à des conséquences pratiques utiles, fournies par ces fausses analogies. C'est ainsi que *à priori* l'iodure de potassium semblerait devoir être indiqué quand l'enfant paraît atteint de symptômes plus ou moins voisins des lésions tertiaires de l'adulte, ou bien encore lorsque l'enfant syphilitique a été engendré par un père ou une mère sous le coup d'accidents très-avancés de la diathèse spécifique, etc.

Toutes ces prévisions théoriques enfantées dans un but très-certainement respectable tombent d'elles-mêmes devant l'observation clinique. Il suffit de lire attentivement les nombreuses observations de guérisons de syphilis infantile; en notant l'agent curatif,

on verra facilement que bien des fois la syphilis est plus que douteuse, et ensuite quelle est la variété dans les lésions dont les modifications ne permettent pas de conclure de la supériorité de telles ou telles préparations mercurielles, iodurées ou autres, suivant tel ou tel symptôme.

Quant à nous, suivant ce que nous avons vu près de nos maîtres, nous admettons en principe que le mercure doit être prescrit à l'intérieur sous forme de proto-iodure; le sublimé nécessiterait, pour être administré chez le nouveau-né, de trop grandes quantités de véhicules.

Le mercure, administré par l'intermédiaire d'une nourrice ou d'un animal, est un moyen qui autrefois jouissait d'une grande faveur. Le traitement indirect par les nourrices fut successivement préconisé par Colombier, Doublet, Faguer et Bertin. Ce dernier remarque que le lait de la nourrice suffit assez souvent pour guérir l'enfant qui lui est confié. Il cite une observation dans laquelle un enfant, *couvert de pustules sur les cuisses et les jambes*, réduit à un état cachectique, et trop faible pour supporter l'administration directe des remèdes, reprit les apparences d'une bonne santé, grâce à l'influence du lait mercuriel de sa mère qui le nourrissait.

Tout le monde sait que M. Cullérier, dans un travail publié en 1852, dans le *Bulletin de thérapeutique*, a essayé de démontrer chimiquement que la présence du mercure chez une nourrice soumise au traitement mercuriel était très-insuffisante pour avoir quelque

action favorable sur le nourrisson. Ce praticien aidé des chimistes, MM. Réveil et Personne, a conclu à la négation de ce mode de traitement. Pourtant il faut avouer qu'il compte pour lui un nombre immense de guérisons. Mais qui ne pourra s'empêcher, en étudiant les pseudo-syphilis qui sont si fréquentes, d'admettre que si tant d'enfants ont dû guérir par un lait mercuriel, c'est qu'ils ont profité des bénéfices du lait lui-même, sans subir ni amélioration ni dommage, par cette quantité *infinitésimale* de la préparation du proto-iodure administré à la nourrice. C'est à propos de la syphilis et des états cachectiques qui la simulent si fréquemment, qu'il faut accepter dans son sens absolu le précepte d'Hippocrate : Une femme, une chèvre ayant mangé du suc de *momordica elaterium* L., ou du *momordica elaterium*, les enfants mêmes sont purgés (1). Néanmoins, le mercure pénètre facilement dans l'économie à l'aide de frictions sur la peau. Outre les preuves irrécusables de tous les temps, nous trouvons dans Graves qu'ayant fait bouillir, pendant une heure, diverses parties du squelette d'une jeune femme morte des suites d'un traitement mercuriel interne et externe, il avait pu recueillir plus d'un drachme et demi de mercure.

Depuis longtemps ce médicament a été administré préalablement à des femelles d'animaux (Assalini, 1787, Turin), pour donner au lait des propriétés curatives. Cette pratique est encore en vigueur de nos jours ; à

(1) Œuvres complètes d'Hippocrate, traduction Littré, Paris, 1846, tome V, page 323.

Paris même, il existe plusieurs établissements où divers médicaments sont introduits avec plus ou moins de succès dans le lait de femelles soumises à des intoxications préalables. Nous n'avons pas pu juger par nous-même de la valeur de ce dernier moyen, mais il nous semble que la plupart de ces femelles ne doivent pas impunément recevoir ainsi *intus* et *extus* un agent aussi altérant que le mercure et ses composés.

Il en est de même pour les adultes et surtout pour les enfants. Lorsque le mercure est administré en frictions associé à un corps gras (onguent mercuriel), l'intoxication est alors facile à provoquer, et chez l'enfant, le premier effet est un état de décoloration des muqueuses, le sang perdant rapidement ses globules. La cachexie mercurielle paraît également plus redoutable à cet âge qu'à tout autre. Aussi pensons-nous, malgré l'autorité bien connue du docteur Cullerier, que le traitement mercuriel, chez l'enfant, fait au moyen des frictions cutanées, est difficile par la surveillance qu'il nécessite et les accidents auxquels il expose. Nous préférons de beaucoup celui qu'emploie notre maître, le professeur Natalis Guillot, qui depuis une dizaine d'années ne l'a jamais abandonné durant son séjour à l'hôpital des Enfants-Trouvés, et actuellement dans son service des nourrices à l'hôpital Necker. Indépendamment du traitement hygiénique qui consiste dans le choix d'une bonne nourrice et à son défaut d'une alimentation convenable, l'entretien d'une douce température autour du

petit malade, l'exposition au soleil, les soins de propreté, etc., M. Natalis Guillot préfère à tous les moyens employés, un julep dans lequel on fait dissoudre 25 milligrammes de proto-iodure de mercure, en recommandant à la mère de donner tous les quarts d'heure, à l'enfant, une cuillerée à bouche du liquide préalablement secoué. Si le médicament donne lieu à des vomissements, ce qui n'est pas rare, on mettra un intervalle d'une demi-heure entre l'ingestion de chaque cuillerée. Si, malgré cette précaution, l'enfant continuait de vomir, ou avait de la diarrhée ou des coliques, on suspendrait complétement l'usage du julep. Contrairement aux préceptes tracés dans certains livres, M. Natalis Guillot conseille d'être très-réservé sur les doses de proto-iodure de mercure qu'on prescrit à l'intérieur et d'élever au contraire avec sécurité la dose du sel mercuriel employé dans le bain. En effet, tandis que la plupart des praticiens qui se sont occupés de maladies de l'enfance, n'osent pas élever à plus de 50 centigrammes à 1 gramme la dose du sublimé à mettre dans un bain, le médecin de l'hôpital Necker ne craint pas de porter cette dose à 10 grammes, en l'additionnant de 6 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque. Au sujet de ces bains, nous insisterons sur leur innocuité : *jamais* il ne résulte de *salivation*, quelles que soient la fréquence et la durée de ces bains. Jamais nous n'avons vu d'accidents survenir qui puissent leur être imputés. Au contraire, nous avons toujours été surpris de l'action topique favorable du sublimé employé sous cette

forme, non pas seulement dans les affections cutanées syphilitiques, mais sur toute affection de la peau quelle qu'elle soit. Maintes fois nous avons été témoin de l'action énergiquement curative de cet agent contre des lésions indépendantes de toute cause spécifique.

Les questions de durée du traitement mercuriel et d'opportunité de son début sont assez mal définies dans les auteurs. La plupart cependant ne préconisent pas de traitement préventif. Il nous semble, en effet, qu'il faut au moins attendre la confirmation d'un diagnostic fondé sur un examen sévère, sachant combien il est fréquent de voir naître des enfants sains de souche syphilitique, avant d'infliger un traitement mercuriel au nouveau-né. La durée généralement ne doit pas être proportionnée à la persistance des lésions, et lorsque l'enfant reprend ses forces et son embonpoint, que toutes les fonctions s'exécutent régulièrement, il ne faut pas poursuivre l'extinction des expressions cutanées avec l'agent antisyphilitique, qui, prolongé un certain temps, provoque des dérangements d'entrailles nécessitant sa suppression; les bains de sublimé seuls peuvent continuer le traitement sans aucune espèce d'inconvénients, en se bornant à les rapprocher ou à les éloigner plus ou moins, suivant les exigences des cas particuliers.

DEUXIÈME CLASSE

MALADIES STROPHULEUSES

Les affections strophuleuses sont en général sans importance sérieuse, aussi, bon nombre d'entre elles passent inaperçues des médecins. Les nourrices, les mères ne leur donnent qu'une médiocre attention et les désignent sous les noms de *feux de dents, rougeurs*, etc.

Le genre strophuleux comprend plusieurs lésions papuleuses, vésiculeuses, pustuleuses, et érythémateuses. Il consiste le plus souvent en des papules prurigineuses, rouges ou blanches, d'un volume variable, se montrant surtout pendant le travail de la dentition sur le visage et les membres inférieurs. C'est là, en effet, le caractère saillant du strophulus de se trouver lié à l'espèce de trouble que provoque l'évolution dentaire chez les jeunes sujets. C'est à ce titre que les papules lichénoïdes ne doivent pas être seules admises dans le groupe des maladies strophuleuses. C'est également pourquoi nous donnons l'épithète de strophuleuse à toute éruption éphémère, quel que soit son ca-

ractère anatomique quand elle apparaît sous l'influence du travail dentaire et qu'elle participe à la bénignité habituelle des affections cutanées de ce groupe.

Il arrive, en effet, assez souvent que sous l'influence de cette même cause qui préside à l'apparition des papules auxquelles on réserve généralement le nom de *strophulus*, il se développe concurremment des vésicules isolées ou réunies en petits groupes, dont la durée est éphémère.

Les maladies strophuleuses sont de moins en moins signalées à mesure que l'analyse des lésions disperse les faits que la clinique tend, au contraire, à rapprocher.

Cependant Bateman après Willan a dit: « Le strophulus comprend plusieurs affections *papuleuses*, « particulières aux enfants à la mamelle, connues sous « le nom ordinaire d'*aphthes*, d'éruption de dents. Ces « maladies se manifestent à cause de l'état très-prononcé du système vasculaire et de l'irritabilité de la « peau à cette époque de la vie, lorsque la constitution « est accidentellement dérangée par une irritation, soit « dans le canal alimentaire, les gencives, soit dans « d'autres parties. »

Les variétés du strophulus sont nécessairement très-nombreuses et notre manière d'envisager ce genre d'éruption contribue à accroître encore le nombre de ses manifestations. Les principales admises par les auteurs et rattachées au lichen sont:

1° Le *strophulus intertinctus*, formé par des papules

d'un rouge vif, saillantes et entremêlées de taches d'érythème plus ou moins étendues ;

2° Le *strophulus albidus*, lorsque les papules sont petites et blanches entourées d'une légère rougeur ;

3° Le *strophulus candidus*, quand les papules sont très-considérables, sans présenter de rougeur à la base ;

4° Le *strophulus volaticus* dont les papules éphémères réunies en plaques disparaissent très-rapidement.

5° Lorsqu'elles sont très-considérables sur le tronc, sur la face ou sur les membres, elles ont reçu le nom de *strophulus confertus*.

Toutes ces variétés ne sont jamais contagieuses, non plus que toutes celles qui caractérisent le groupe des maladies strophuleuses. Elles offrent, dans leurs dimensions, leurs couleurs, ainsi que dans leur nombre et leur disposition, de grandes variétés. Mais de même que les variétés suivantes, elles ont pour caractère commun d'être également variables dans leur durée. Ainsi, souvent elles apparaissent le matin pour disparaître le soir. D'autres fois, elles sont persistantes et ne s'affaissent qu'après un ou deux septénaires, laissant après elles une teinte jaunâtre avec une desquamation furfuracée. Enfin, quelques espèces se perpétuent parfois un certain temps par des éruptions successives, qui s'éteignent avec une légère desquamation après une durée de quatre ou cinq jours.

Nous avons vu coexister avec les papules strophuleuses une véritable roséole, d'autres fois de petites vésicules, tantôt isolées, tantôt agminées. Le plus sou-

vent des éruptions vésiculeuses ou pustuleuses se développaient sur une large teinte érythémateuse. Quelquefois aussi les vésicules ou les pustules manquaient ainsi que toute espèce de papules. On ne constatait alors que la plaque rouge érythémateuse occupant toute une partie de la moitié du visage, dont la durée, en général, ne dépassait guère vingt-quatre heures.

Ces érythèmes partiels, ces vésicules éphémères, ces pustules, cette roséole, nous paraissent devoir mériter le nom générique de strophuleux au même titre que les papules lichénoïdes, auxquelles on le réserve exclusivement. Ces lésions sont soumises aux mêmes causes productrices ; elles ont la même bénignité de pronostic et d'allures ; rien, en un mot, ne les éloigne les unes des autres. D'ailleurs, toutes ces variétés des strophules, si nombreuses et si ressemblantes dans leur signification, se réunissent souvent sur le même enfant.

Elles ont toutes un même degré de vive démangeaison, qui peut parfois causer un certain degré d'agitation et d'insomnie.

Cet état de malaise est souvent augmenté par le trouble des voies intestinales qui accompagne habituellement ces sortes d'éruptions cutanées. Parfois, également, le retentissement qui se fait sentir à la peau s'effectue sur la muqueuse buccale, en dehors même des points où les dents veulent sortir ; il se fait de légères suffusions sanguines rouges, suivies ou non d'éruptions aphtheuses.

Le diagnostic n'offre jamais de sérieuses difficultés; la marche aiguë du strophulus le sépare assez de l'allure chronique du prurigo.

C'est seulement avec le lichen qu'il peut parfois exister des doutes; mais la différence des âges est un indice suffisant. Les affections strophuleuses sont en effet intimement liées au travail dentaire. Par conséquent, ses moments d'apparition sont inséparables de la première enfance pendant toute la seconde moitié.

Le lichen n'offre pas la mobilité du strophulus, et les exacerbations de ce dernier se rattachent directement au travail dentaire. Après sa disparition, on n'observe pas la teinte jaunâtre cuivreuse qui se montre parfois très-persistante à la suite du lichen. Enfin, le strophulus n'est jamais suivi d'excoriations semblables à celles du lichen *agrius*. Le pronostic du strophulus n'est jamais grave; il peut cependant se montrer dans des états généraux fort sérieux venant compliquer une dentition difficile, tels, par exemple, que des désordres fonctionnels des organes digestifs ou des phénomènes cérébraux; mais, dans ces conditions, le strophulus neparaît être qu'un élément insignifiant.

Quelques médecins pensent que cette légère affection a son siége presque exclusif à la peau, dans le voisinage des points où existe le travail dentaire; mais il n'en est rien. Quand on cherche sur toute la surface cutanée, chez les enfants même bien portants, qui offrent au visage du strophulus, il est fréquent d'en constater sur le reste du corps, sous une forme quelconque.

TRAITEMENT DES MALADIES STROPHULEUSES.

Lorsque chez un enfant bien constitué le développement des maladies strophuleuses est favorisé par l'action de causes excitantes ayant agi directement sur la peau, la première indication est de préserver le corps de l'enfant de leur influence. On doit calmer momentanément le prurit en frottant légèrement les papules avec de l'eau fraîche salée ou vinaigrée. Lorsque le strophulus est symptomatique d'une lésion fonctionnelle des organes digestifs, il convient de combattre cette indisposition par une alimentation appropriée aux organes digestifs, en supprimant tout autre aliment que le lait de la mère, et même en remplaçant le lait, en tout ou en partie, par de l'eau sucrée. Enfin, lorsque l'éruption est accompagnée de fièvre et de chaleur, on doit modérer ces accidents par des bains journaliers de décoction de son et de guimauve, administrés à une douce température.

Les bains frais diminuent et font même quelquefois avorter très-rapidement les inflammations papuleuses; mais ils peuvent aggraver les phlegmasies des organes digestifs, qui les compliquent très-fréquemment pendant le travail de la dentition. Dans les mêmes circonstances, les purgatifs employés contre les strophules sont le plus souvent nuisibles. Ils produisent quelquefois des vomissements et des diarrhées rebelles. En général, d'après le docteur Rayer, il faut éviter de re-

courir aux émétiques et aux toniques recommandés par Willan, car, pendant la dentition, les troubles digestifs sont fréquents, et ces remèdes leur sont rarement applicables. Quelques praticiens sont également dans l'habitude de donner à la nourrice des boissons rafraîchissantes.

TROISIÈME CLASSE

MALADIES LYMPHATIQUES

On a l'habitude de désigner sous le nom de constitution lymphatique une sorte d'atonie de tous les appareils organiques, coïncidant avec de l'embonpoint, une habitude extérieure caractérisée par la blancheur, la bouffissure et la mollesse des chairs ; d'où il résulte néanmoins un état général compatible avec une santé plus ou moins régulière. Or, l'observation clinique montre que le plus grand nombre des enfants qui présentent à un haut degré cette constitution sont prédisposés à certaines maladies cutanées qui se rencontrent fréquemment chez eux. Bien que l'enfance n'ait pas toujours tous les traits caractéristiques d'un tempérament nettement accusé, il existe cependant dans les premiers âges de la vie des caractères généraux qui permettent jusqu'à un certain point de reconnaître ce qu'on est convenu d'appeler tempérament, ou mieux constitution. Le tempérament lymphatique est très-fréquent à cette époque de l'existence, et c'est certainement de beaucoup le plus com-

mun. Cette constitution lymphatique touche par son excès, par sa prédominance, au vice scrofuleux, et chacun sait combien, en pareille matière, les limites sont vagues et indéterminées. Il est difficile de préciser où commencent les scrofules et où s'arrête la constitution lymphatique. Quoi qu'il en soit, la prédominance lymphatique est la règle chez les enfants, et chez ceux où elle existe très-accusée, on constate même dans les premiers mois de la vie, certaines affections fluentes compatibles avec l'exercice régulier de toutes les fonctions (*achores*). De même, à un âge plus avancé, les enfants très-lymphatiques, à peau fine et impressionnable, sont presque tous affectés d'*engelures* pendant un certain temps de l'année. Quant à l'espèce d'*acné* que nous décrivons dans ce groupe, nous la plaçons ainsi, parce que tous les enfants qui en étaient porteurs étaient le plus souvent des scrofuleux ou au moins d'une constitution éminemment lymphatique. Sans avoir nullement la prétention de rattacher à cette curieuse variété d'acné quelque signification particulière, en la rangeant ainsi parmi les maladies qui semblent sous la dépendance du tempérament lymphatique, nous ne faisons qu'un simple rapprochement, sans préjuger s'il existe une relation de cause à effet.

SECTION I. — ACHORES.

On doit entendre sous le nom d'achores des ulcérations sécrétantes du cuir chevelu et du visage. Cette maladie, particulière à l'enfance, présente jusqu'à

l'âge de trois ou quatre ans des caractères tranchés tellement propres, qu'il est impossible de les retrouver chez l'adulte. Elle a reçu des noms très-divers, suivant le point de vue des auteurs. C'est ainsi qu'elle a été appelée *tinia faciei*, Frank; *prurigo larvalis*, Willan, Bateman; *achore*, Alibert; *impetigo larvalis*, Biett, etc.

Cette maladie commence d'une façon variée; tantôt elle débute par des pustules plus ou moins grandes, tantôt les premiers éléments apparents sont des vésicules acuminées contenant un liquide jaunâtre. Ces pustules ou ces vésicules ne tardent pas à se rompre, soit spontanément, soit à être crevées par l'action des ongles. Une fois ouvertes, les plaies fournissent dès lors une matière liquide transparente et légèrement jaunâtre, qui agglutine les cheveux en formant des croûtes molles d'un jaune semblable au miel. Lorsque l'affection est ainsi produite, il se passe un phénomène capital par son importance, lequel a fait comparer l'achore à l'eczéma. Nous voulons parler de la sécrétion continue considérable, sans qu'il soit nécessaire que d'autres pustules ou vésicules apparaissent. Il s'écoule en effet par les ulcérations déjà existantes un liquide clair transparent, qui jaunit en s'épaississant, parfois tellement abondant, qu'on le voit sourdre constamment sous les croûtes. Si celles-ci sont enlevées, soit par l'action du grattage, soit par des applications topiques quelconques, elles laissent à découvert des surfaces humides d'un rouge vif, où se distinguent facilement les pertuis du derme donnant issue à ce liquide âcre, dont les qualités irritantes sont démon-

trées par la coloration animée des parties qu'il vient à souiller en s'épanchant au dehors. Le fait pathologique le plus saillant de cette affection cutanée est évidemment l'abondance de la sécrétion; quelquefois même cette sécrétion s'établit presque d'emblée, succédant à de petits abcès du cuir chevelu, qui ont nécessité, par leur tension locale et la production de fièvre, l'emploi du bistouri. On a signalé comme se produisant concurremment avec l'abondance de l'écoulement une turgescence considérable du tissu cellulaire sous-cutané. Il semble même que les saillies irrégulières qui se montrent alors autour des pustules et des ulcérations sécrétantes trouvent un moyen de s'affaisser, en permettant au liquide de s'échapper par ces voies naturelles.

L'éruption des achores commence le plus souvent par l'éruption du cuir chevelu, pour s'étendre au visage; elle occupe alors les tempes, le front, les joues; sur la peau de la face, il est facile de constater la grandeur des pustules, qui s'y développent plus à l'aise que sur le cuir chevelu. De proche en proche, la maladie peut envahir toute la tête; les enfants présentent une sorte de masque couvrant le cuir chevelu et le visage tout entier; les traits sont cachés sous d'épaisses croûtes souvent lamelleuses et imbriquées, en dessous desquelles suinte la sérosité plus ou moins visqueuse et toujours fétide. Quelquefois, au contraire, les croûtes sont irrégulières dans leur forme et leur configuration, inégales, déprimées, tantôt lisses, tantôt rugueuses, parfois sèches, mais le plus

souvent baignées par la sécrétion. Ce masque subit nécessairement de grandes variétés d'aspect, si l'on songe à la production des croûtes sans cesse renouvelées, et l'irritation plus ou moins vive qui alterne, soit avec du calme, soit avec des exacerbations dans les démangeaisons. Ces démangeaisons sont tellement vives, qu'elles entraînent les enfants à se labourer le visage et la tête avec les ongles, au point qu'il est commun de voir ruisseler un mélange de sang et de sérosité sur ces surfaces, d'une apparence vraiment horrible.

En général, au milieu de cette face hideuse à voir, de laquelle rien n'a été respecté par la maladie, il est habituel de rencontrer l'intégrité le plus souvent parfaite de la muqueuse oculaire, nasale et buccale.

Nous insistons sur ce fait remarquable, parce qu'il contraste très-vivement avec ce que nous avons à dire sur d'autres affections cutanées, envahissant le visag chez l'enfant.

Tous les auteurs ont signalé avec étonnement que, malgré l'intensité de la maladie du cuir chevelu et des lacérations que subit la face, il n'y ait jamais d'alopécies persistantes ni de cicatrices du visage succédant aux achores.

Il semble qu'elle a pour résultat surtout de provoquer une fluxion séro-purulente sur la peau, sans l'altérer profondément. Lorsque la maladie est arrivée à sa période d'état, les enfants sont en proie à des démangeaisons dont rien ne peut exprimer la violence.

Cette démangeaison éprouve des exacerbations vers le soir, dans les premiers instants de sommeil, ou dans la journée quand on leur découvre la tête, et qu'elle est exposée au contact de l'air ; alors ils crient en se frottant fortement la tête contre les épaules ; et, si leurs mains sont libres, ils se grattent avec une ardeur qui témoigne de la violence des cuissons douloureuses. Quelquefois, l'éruption persiste longtemps derrière les oreilles ; là, les pustules sont plus larges qu'ailleurs, et les enfants font en s'y grattant des excoriations au milieu desquelles il se creuse dans le pli cutané de la région des fissures profondes, d'où s'écoule un suintement considérable.

Dans ces conditions, les glandes cervicales peuvent se prendre plus ou moins, et produire des adénites qui rarement arrivent à la suppuration.

La marche et la durée des achores présentent de grandes variétés : ainsi l'éruption peut persister des mois et même des années sans guérison parfaite ; dans d'autres circonstances, il est des enfants chez lesquels la maladie parcourt les phases d'évolution et de disparition complète en trois ou quatre semaines.

Lorsqu'elle est persistante, sa physionomie offre nécessairement des variations ; elle est continuée par une succession de ce qu'on pourrait appeler les poussées du mal : ainsi les croûtes, soit qu'elles tombent par l'excès des démangeaisons, soit par leur desséchement total, semblent se détacher par fragments squameux et ne laissent pour toute trace qu'un peu de rougeur et

de tension sur le cuir chevelu, lequel ne tarde pas à se recouvrir de vésicules pour donner de nouveau naissance à la maladie. Quand elle disparaît, le suintement diminue, les croûtes moins volumineuses se produisent lentement ; enfin elles cessent tout à fait avec une desquamation sans importance recouvrant une légère coloration rosée de la peau, laquelle reprend très-vite son aspect normal. Comme l'a très-bien démontré M. le docteur Cazenave, les achores ne sont ni l'eczéma ni l'impétigo. Cette éruption infantile se présente, il est vrai, avec une sécrétion énorme qui rappelle l'eczéma ; mais combien de différence !

L'impétigo offre de commun la pustule qui se voit dans les achores, mais les croûtes du cuir chevelu offrent une dissemblance considérable qu'il suffit de mentionner pour ne pas les confondre, et d'ailleurs, jamais l'impétigo ne fournit cette abondante sécrétion fétide caractérisant les achores. Si la dénomination d'achores n'était pas généralement acceptée, si elle n'apportait pas avec elle la connaissance parfaite des altérations qui la constituent, et qu'il fallût la dénommer en se servant d'un mot composé des éléments anatomo-pathologiques, il faudrait l'appeler, comme l'ont fait quelques auteurs, eczéma impétigineux. Mais il faut se souvenir que l'eczéma impétigineux se trouve, dans l'adolescence et même chez l'adulte, souvent combiné ou alternant avec des affections cutanées eczémateuses ou impétigineuses, tandis que les achores ont une physionomie particulière qui leur

est propre, parfaitement caractérisée. Si parfois l'eczéma impétigineux rappelle la plupart de ces caractères, il n'en est pas moins constant qu'habituellement il s'en éloigne soit par l'âge des malades, soit par les éléments, vésicules et pustules qui présentent des dissemblances.

Les achores ont toujours une forme parfaitement identique, comparée dans les mêmes conditions, c'est-à-dire pendant la lactation. En effet, cette éruption est liée intimement à cette première période de la vie, l'observation clinique montre que les achores ne se développent que sous l'influence d'un état général qu'on a coutume d'appeler lymphatique; cependant les enfants les plus gros, les plus frais sont loin d'en être exempts, au contraire, mais on sait combien chez l'enfant la coloration fraîche et rosée peut dissimuler une constitution lymphatique. Les achores sont, en général, tellement sous l'influence d'une constitution intime de l'organisme, qu'ils peuvent être considérés souvent comme héréditaires. Des familles entières, même plusieurs générations, sont soumises, pendant une durée variable de l'allaitement, aux achores. En dehors de la prédisposition, il est très-fondé de reconnaître l'importance considérable de l'alimentation. En effet, l'alimentation lactée trop riche provoque parfois cette éruption; il suffit alors d'un changement de nourrice pour signaler la cause en donnant le remède, et chose remarquable, venant à l'appui de l'opinion qui reconnaît aux achores une cause dans l'état général, c'est que la malpropreté, la

maladie pédiculaire, ont pour résultat de produire l'impétigo ou l'eczéma. C'est pourquoi les achores atteignent les enfants des riches aussi fréquemment que ceux des pauvres.

Lorsqu'un enfant reçoit le lait très-riche d'une ancienne nourrice, qu'il en prend avec excès, si son estomac le digère, il peut ainsi acquérir une prédisposition aux achores, comme l'a dit Pierre Frank (1). « Ce n'est pas à cause des mucosités vis-« queuses ou acides qui se mêlent dans la masse des « humeurs, mais parce que les sucs nutritifs s'accu-« mulent et surabondent dans son économie, et peut-« être, comme les jeunes arbres, dans un sol fertile, « répandent les sucs gommeux dont leur écorce se « couvre, ainsi dans la première et la seconde en-« fance, les individus sensibles, gros, bien nourris, « versent l'humeur surabondante, l'ichor lymphatique « qui se coagule et s'amasse sur leur tête. »

C'est d'opinion populaire, que les éruptions croûteuses du cuir chevelu sont salutaires aux enfants. Assurément les maladies ne sont pas habituellement nécessaires au maintien de la santé; mais il est difficile de ne pas reconnaître qu'il y a des enfants voraces, gras et pleins de sucs, chez lesquels il semble que la nature ait besoin de se débarrasser des produits surabondants de la nutrition inutiles à l'accroissement rapide du corps. C'est certainement à l'occasion de cette maladie qu'il est survenu dans tous les temps

(1) *Traité de médecine pratique.* Paris, 1842, t. I, p. 371.

des revers funestes à propos de guérisons intempestives ; de nos jours beaucoup de praticiens très-expérimentés n'acceptent pas l'opinion exagérée, qui consistait à respecter presque toutes les affections cutanées, désignées chez l'enfant, sous le nom commun de gourmes. Comme toujours, l'exagération d'une bonne chose ou d'une bonne maxime, nuit singulièrement. Bien qu'il y ait une apparence de retour en arrière vers des croyances surannées, à admettre qu'il est parfois très-dangereux de guérir certaines affections cutanées infantiles, nous n'hésitons pas à accepter cette vérité pratique bien jugée par les anciens médecins. Il faut se rappeler ce qui se passe habituellement dans le cours des achores. Les mères et les nourrices observent, lorsque les croûtes se dessèchent et cessent d'être baignées de mucus, que les enfants deviennent mornes, taciturnes, inquiets et mal portants. Cette matière excrémentitielle vient-elle à reparaître, aussitôt la gaîté revient sur leur visage et toutes les fonctions s'accomplissent avec régularité. Ces faits significatifs prennent une haute valeur en songeant quelle est l'importance, bien connue en pathologie, des flux morbides abondants, entretenus par une habitude déjà invétérée. Les auteurs témoignent souvent, par des exemples funestes, du danger qui résulte de tarir subitement ces sécrétions. J'ai été témoin, en 1849, d'un fait de ce genre : il s'agissait d'un enfant de deux ans portant depuis plusieurs mois des achores fluents au plus haut degré, la santé était bonne, l'apparence exté-

rieure, sauf cette éruption, ne laissait rien à désirer. L'huile de cade fut conseillée en applications topiques faites peu à peu, avec la recommandation de ne l'appliquer que sur une très-petite surface à la fois, afin d'obtenir très-lentement la guérison. La personne chargée de ce soin, obéissant à un zèle maladroit, couvrit le visage presque entièrement, et commença aussitôt les applications sur une partie du cuir chevelu. Vingt-quatre heures après l'arrêt brusque de la sécrétion considérable, l'enfant fut pris d'une pneumonie catarrhale à marche rapide que rien ne put arrêter. Dernièrement, un praticien très-éclairé, mon excellent ami Becquet, a été témoin d'un fait analogue, bien que la mort survînt par le cerveau.

Il existe dans la science tant de faits de ce genre et recueillis par des praticiens de tous les temps, par conséquent à l'abri du soupçon d'explications théoriques préconçues, qu'il est impossible de ne pas accepter la relation de cause à effet entre l'arrêt brusque de cette exsudation plastique et la production des maladies diverses qui apparaissent ainsi tout à coup. D'ailleurs, la physiologie et la pathologie rendent également compte de pareils faits.

Parmi les médecins contemporains, il en est qui rejettent d'une façon absolue cette manière de voir, et qui n'admettent pas qu'on se prête ainsi de bonne volonté à la durée des maladies quelque bénignes qu'elles soient. Il nous semble qu'ils ont raison pour presque toutes les maladies cutanées. Par exemple, celles qui ne sont, pour ainsi dire, qu'une déviation pathologi-

que n'entraînant point une sécrétion considérable, et qui ne prennent pas une grande importance dans tous les phénomènes de nutrition et d'accroissement : on conçoit que la thérapeutique, dans ces derniers cas, puisse en général intervenir brusquement avec efficacité. Mais, à côté de ce qui nous paraît être la vérité, il existe ce qu'on pourrait appeler la réfutation apparente de notre opinion. C'est que dans le cours des achores, il arrive parfois que cette sécrétion abondante, qu'on ne peut tarir brusquement sans préjudice, devient elle-même une source d'épuisement ; alors le médecin est appelé à intervenir. La diminution progressive et enfin la suppression complète du flux morbide aura, au contraire, un effet salutaire sur la santé du petit malade.

Des faits de ce genre, rapprochés de certaines affections cutanées guéries avec avantage pour la santé des enfants, ont dû, en effet, faire croire entaché d'explication humorale en même temps que d'erreur le précepte qui enjoint de respecter les achores lorsque la santé n'en paraît pas souffrir.

SECTION II. — ENGELURES.

On connaît généralement sous le nom d'engelures, un gonflement d'abord prurigineux, ensuite douloureux, de couleur rosacée ou livide, suivi fréquemment d'ulcérations qui surviennent à quelques-unes des extrémités du corps, particulièrement sur les doigts

des pieds et des mains, sur le nez, les oreilles et les talons qui en sont le siége le plus ordinaire. La plupart des auteurs donnent la gangrène comme une des phases des engelures. Nous ne pouvons accepter cette manière de voir, car il nous semble que c'est une erreur de confondre la congélation avec les engelures et d'admettre que celle-ci soit en quelque sorte l'engelure à sa période extrême. Ce n'est point ainsi que les faits suivants nous doivent être interprétés. Il est vrai que la gangrène peut se montrer, compliquée d'engelure, mais c'est, comme nous l'avons vu, quelquefois à titre de gangrène infantile cachectique survenue chez des enfants épuisés, d'autant plus facilement que l'ulcération était là une occasion favorable au développement du phagédénisme cachectique propre à l'enfance. La gangrène par congélation appartient à un tout autre ordre de phénomènes, dont la description, s'éloignant autant que possible de l'engelure, est une des meilleures preuves de la différence profonde qui les sépare. C'est que ces deux états pathologiques se produisent sous l'influence de causes diamétralement opposées et qui s'excluent réciproquement. Comme nous le verrons en étudiant les causes de l'engelure, il faut un temps froid et humide, associé à des variations brusques dans la température. Le docteur Brieude a montré que dans les montagnes de l'Auvergne cette affection ne se voit point sur les hauteurs où la température est très-froide, tandis qu'elle est commune au milieu du climat tempéré des vallées.

Comme toutes les maladies cutanées, les engelures

ont un cours naturel, se composant de diverses phases qui s'observent pendant leur durée. Dès que les causes générales et spéciales ont déterminé une action suffisante pour leur production, la peau, dans les points affectés, présente une certaine pâleur suivie promptement d'une rougeur plus ou moins vive, accompagnée de démangeaisons prurigineuses et quelquefois même de véritables douleurs. Au bout d'un temps variable, la rougeur se prononce davantage et devient pourprée. Puis, si l'affection ne s'arrête point comme cela arrive souvent à cette période, l'épiderme se soulève en petites ampoules remplies par une sérosité habituellement roussâtre ou sanguinolente. L'épiderme est alors le plus souvent rompu, et une ulcération irrégulière, assez difficile à guérir, en est la conséquence. Ce sont là les trois phases principales qui caractérisent les engelures. Ces trois degrés se rencontrent fréquemment chez les mêmes malades, et il n'est pas rare de constater, de même que dans les brûlures, plusieurs des degrés réunis sur la même partie affectée.

Dans la première période, les faits les plus saillants sont l'érythème des points malades, le prurit et le léger gonflement œdémateux. Ces points, ainsi envahis, ont généralement une forme ovalaire ou arrondie; si ce n'était leur siége habituel aux extrémités, on pourrait assez exactement les comparer à une certaine phase des tubercules cutanés de l'érythème noueux. La peau ainsi intéressée présente au centre de sa coloration rouge un aspect luisant, qui quelque-

fois au contraire est remplacé par une série de très-petites rides, ou plis cutanés, comme s'il y avait existé des variations brusques dans le volume de ces parties qui alors seraient affaissées.

Le prurit a quelque chose de particulier; il est fixé exactement sur les points malades, accompagné parfois d'un sentiment de brûlure qui tourmente et agace vivement certains enfants nerveux. La chaleur, surtout celle que détermine le lit, amène constamment des exacerbations fort pénibles. Sous l'influence du froid et du chaud, il survient fréquemment à cette période un gonflement diffus qui s'étend plus ou moins loin des engelures elles-mêmes, gênant les mouvements des parties, par exemple les doigts, les orteils.

La seconde période constitue un degré plus grand de cette maladie. Les phlyctènes, situées le plus souvent à la face palmaire des dernières phalanges des doigts, à la face plantaire des orteils, ou à la partie postérieure du talon, sont aplaties et remplies d'une sérosité sanguinolente. La peau sur laquelle les phlyctènes apparaissent, est d'un rouge violacé. A la suite de la rupture de l'épiderme, il existe des ulcérations grisâtres, blafardes, atoniques, d'une étendue parfois considérable, qui peuvent être le point de départ d'ulcères rebelles, et souvent le siége de douleurs très-vives. Il arrive aussi moins fréquemment que les engelures occupant les doigts ou les orteils, certains plis naturels, cutanés, du pourtour des articulations, sont profondément creusés par des ger-

çures qui deviennent chez de pauvres enfants, livrés à des travaux manuels, de véritables complications plus ou moins sérieuses. Mais la complication la plus grave et la plus fréquente, est sans contredit la gangrène. Cette complication se fait si souvent, qu'on a créé une espèce appelée *engelure gangréneuse*, que certains auteurs ont confondue avec les effets de la congélation locale, rapprochant ainsi deux faits pathologiques si distincts, savoir la gangrène phagédénique compliquant une surface ulcérée et le travail ulcéreux qui établit la ligne de démarcation entre les parties mortes par congélation et celles qui sont douées de la vie.

Il faut en effet soigneusement séparer du pronostic et des symptômes empruntés aux engelures ce qu'on a pris aux phénomènes locaux et généraux qui sont sous la dépendance du froid intense. Ainsi, par exemple, on a dit que « les engelures gangréneuses sont fréquemment accompagnées de phénomènes morbides fort graves, surtout si l'action du froid est profonde et prolongée : frissons extérieurs, pâleur, rigidité, engourdissement du corps, diminution du sentiment, du mouvement, de la chaleur animale, ralentissement de la circulation, anxiété précordiale, stupeur suivie de l'extinction de la vie. » Il n'y a pas là de symptômes dépendant de la maladie qui nous occupe, mais bien de l'action énergiquement dépressive d'un froid trop intense ou trop prolongé.

Quant à la complication gangréneuse, nous avons cherché à montrer quelle importance la gangrène

phagédénique prenait pendant l'enfance. Nous avons décrit ses caractères, qui sont toujours identiques. Nous l'avons montrée compliquant la plupart des ulcérations, quelles qu'elles soient, chez les *enfants cachectiques*. Or, il suffit de se rappeler le fait si véritablement clinique, que l'engelure gangréneuse n'apparaît, comme l'avancent tous les auteurs qui le mentionnent, que chez les enfants et les adultes scrofuleux, épuisés par la misère et les maladies antérieures.

Nous n'insisterons pas pour distinguer l'engelure envahie par la gangrène, des effets consécutifs à la congélation locale. Bien que cette maladie soit considérée surtout comme une maladie de l'enfance, elle atteint néanmoins les adultes et même quelques personnes âgées qui en sont exceptionnellement affectées.

Tous les enfants ne sont point affectés d'engelures, et, de l'aveu de tous les médecins, ceux d'un tempérament lymphatique ou scrofuleux y sont de beaucoup plus exposés. Il serait peu judicieux d'établir exclusivement une constitution scrofuleuse sur la seule présence d'engelures rebelles chez un enfant ; mais, dans la généralité des cas, cette disposition aux engelures se montre avec d'autres manifestations scrofuleuses. Mais hâtons-nous d'ajouter, en insistant vivement, qu'il est très-fréquent, dans les pensionnats ou dans des familles indemnes de toute trace scrofuleuse, de rencontrer de jeunes enfants porteurs d'engelures plus ou moins tenaces, dont la constitu-

tion est légèrement lymphatique. Aussi, pour nous, cette affection cutanée n'a-t-elle le plus souvent que cette seule signification, c'est-à-dire d'être l'expression d'un tempérament lymphatique. Les enfants qui échappent aux engelures sont ordinairement les plus vigoureux ou des sujets maigres. C'est toujours, en effet, comme l'a écrit Briand en 1783, sur une peau potelée que l'engelure apparaît. Mais si la constitution générale est ici, comme dans presque toutes les maladies, la cause prédisposante, il faut aussi le concours d'une cause efficiente pour la production de l'engelure. Comme nous l'avons dit, on ne l'observe que par un certain degré de froid. Dès que les matinées fraîches de l'automne, dans les pays tempérés, se font sentir, les engelures apparaissent, pour ne guérir, chez beaucoup d'enfants, qu'au printemps; cependant certains climats chauds n'en sont point exempts. Mangel cite plusieurs observations recueillies dans les pays chauds. Elles s'observent assez fréquemment en Italie et dans d'autres pays d'une température aussi élevée. C'est moins, en effet, dans les climats dont la température plus ou moins élevée est à peu près égale, que dans ceux où elle varie considérablement dans ses degrés de froid et de chaleur, que règnent endémiquement les engelures, et à cet égard il y a des variations considérables. L'enfant de l'habitant des campagnes, dont la peau dure est accoutumée à toutes les influences des saisons, doit être nécessairement moins sujet à ce mal que l'enfant des riches, dont on protége la sensibilité souvent aux dépens de sa santé. On peut rap-

porter les engelures à quatre causes principales : 1° la constitution générale ; 2° l'habitude, ou mieux le genre de vie ; 3° le degré de froid ; 4° le concours de certaines influences locales extérieures qui agissent directement dans leur production.

Le pronostic de cette affection n'est pas sérieux. S'il est vrai que certains enfants très-délicats et nerveux en sont cruellement tourmentés, le plus grand nombre les supportent facilement, sans inconvénients graves. La complication de la gangrène est elle-même un grand danger, qui emprunte toute son importance à l'état général appauvri du malade, plutôt qu'à l'ulcération cutanée elle-même, qui n'est là que le point de départ de la gangrène asthénique.

SECTION III. — ACNÉ MOLLUSCOÏDE.

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM DE BATEMAN. — ACNÉ VARIOLIFORME DE M. BAZIN.

Nous avons décrit, il y a déjà six années, une maladie commune chez l'enfant, laquelle pourtant n'avait attiré l'attention des médecins que d'une façon passagère.

Par le fait d'un classement fondé sur la lésion anatomique, elle avait été rapprochée d'affections graves et peu connues (tubercules). Ce voisinage peu rigoureux avait provoqué sur son compte des erreurs, et les pathologistes en étaient arrivés en quelque sorte à

la méconnaître complétement, comme on peut s'en assurer en lisant l'historique de cette curieuse variété d'acné (1).

Pourtant il existe depuis longtemps dans la science tous les matériaux nécessaires pour fournir à cette affection cutanée des caractères aussi nets, aussi tranchés que ceux des maladies les mieux étudiées et les plus répandues.

Disons d'abord que si nous la plaçons parmi les maladies lymphatiques, nous sommes bien loin de prétendre qu'elle seule constitue les caractères du tempérament lymphatique. Nous voulons seulement montrer par là que nous l'avons le plus souvent rencontrée chez des enfants lymphatiques, et même chez un grand nombre de scrofuleux. Il nous paraît, au contraire, vrai de dire que c'est en quelque sorte une affection qui, fréquemment, peut être considérée comme un fait local, dont la contagion seule peut parfois expliquer la présence.

Nous reproduirons ici le résultat de recherches faites par nous, en 1851, sur ce qui concerne la variété d'acné appelée par nous *acné molluscoïde,* laissant de côté l'autre forme appelée *acne pendulum,* qui ne se rencontre que chez les adultes et les vieillards.

Nous ferons remarquer que, dans le premier âge de la vie, les diverses formes d'acné ne se montrent jamais, si ce n'est celle que nous décrivons. Au contraire, l'*acne simplex* est très-fréquent dans l'adoles-

(1) *Archives de médecine.* 1851, 4e série, t. XXVII.

cence, et il en est de même de l'*acne rosacea*, qui ne se voit généralement que chez l'adulte.

En effet, il existe assez fréquemment chez les enfants une affection cutanée siégeant de préférence à la face et au cou, caractérisée par de petites tumeurs d'apparence tuberculeuse.

Au premier abord, elles pourraient être confondues avec des excroissances verruqueuses; mais, à un examen plus détaillé, on y constate une coloration normale de la peau, une semi-transparence opaline, parfois une très-légère et très-fine vascularité à la base, et presque toujours de la résistance au toucher.

Leur volume est variable entre celui d'un grain de millet et celui d'un pois : elles sont sessiles, quelques-unes acuminées ; d'autres, remplies au sommet, peuvent être comparées à ces champignons dont le pédoncule gros et court est surmonté d'une tête globuleuse. Mais leur caractère principal, vraiment pathognomonique, et qui ne fait jamais défaut, c'est qu'elles présentent, soit au sommet de la tumeur, soit sur l'un des côtés, un orifice plus ou moins largement ouvert, qui laisse écouler spontanément ou par la pression, tantôt un liquide d'apparence exactement laiteuse, tantôt de la matière sébacée ordinaire.

Cet orifice ne doit pas être considéré comme ne se montrant qu'à un moment donné sur ces tumeurs, car il est, au contraire, permanent et visible depuis l'apparition jusqu'à la disparition du follicule ainsi hypertrophié. Nous insistons beaucoup sur sa présence jamais contestable, parce qu'en rapprochant ce fait

de l'existence de la matière sébacée, également constante, nous y trouvons un caractère du premier ordre pour rattacher cette affection au genre acné.

Le début de ces tumeurs se fait habituellement par une petite papule à peine visible qui croît lentement; dès qu'elle est perceptible au toucher, l'examen avec la loupe montre déjà le pertuis central. D'une marche plus ou moins lente, elles atteignent successivement les dimensions d'un grain de mil, celles d'un grain de chènevis, et enfin elles peuvent parvenir à la grosseur d'un pois et même à celle d'une petite noisette. On doit comprendre facilement que pendant cette marche de chacune des tumeurs, qui peut durer plusieurs mois, elles prendront des aspects et des formes variables: ainsi, par exemple, lorsqu'elles offrent les dimensions d'une petite tête d'épingle, elles ont le plus souvent un aspect granulé et perlé très-remarquable. Lorsque, au contraire, elles ont les dimensions d'un grain de chènevis, elles peuvent s'aplatir légèrement, et, le pertuis central s'agrandissant un peu, il en résultera une apparence ombiliquée, qui pourra parfois offrir une certaine ressemblance avec des pustules varioliques.

Lorsque ces follicules atteignent de grandes dimensions, qu'ils sont sessiles, leur coloration légèrement transparente, leur parfaite continuité avec le reste de la peau, et enfin la vascularité sinueuse qui se développe à leur base, sont autant de caractères qui les font ressembler à de gros tubercules, d'autant mieux qu'habituellement, lorsque ces tumeurs sont ainsi

arrivées à ce qu'on pourrait appeler leur maturité, il s'y produit un léger travail inflammatoire, que nous décrirons complétement, en parlant des modes de guérison spontanée de cette variété d'acné. Mais néanmoins nous devons ici dire quelques mots de cet état inflammatoire habituel dans le cours de l'évolution de ces follicules ainsi distendus.

Lorsque ces tumeurs pisiformes plus ou moins allongées sont parvenues à leur période d'état, ou qu'une cause fortuite vient à provoquer chez elles une inflammation suffisante, l'orifice central distend ses bords, en même temps qu'il laisse écouler un liquide d'abord lactescent, puis bientôt séro-purulent, entraînant des grumeaux de matière sébacée, concrète. Les parois des follicules rougissent à l'extérieur, deviennent le siége d'un léger prurit, et les bords, qui parfois se recoquevillent vers le centre, laissent écouler, au moindre frottement, du sang qui, se mêlant à la matière sébacée, forme aussitôt des croûtes noirâtres. Celles-ci, après leur chute, paraissent laisser à découvert de larges ulcérations à fond gris et sale, dont les bords sont quelquefois très-élevés et presque toujours taillés à pic. Cet état ulcéreux peut durer un temps assez long et donner, lorsque ces tumeurs siégent au visage, un aspect repoussant. Les cas de ce genre, s'ils étaient isolés de toute autre tumeur à une époque moins avancée de son évolution, pourraient sérieusement embarrasser le diagnostic. Ils ont en effet, au premier abord, l'apparence de grosses masses tuberculeuses en voie de suppuration. C'est

lorsqu'il existe ainsi des ulcérations qui persistent un certain temps qu'on peut voir les ganglions lymphatiques correspondant aux régions affectées être le siége d'un gonflement dont il est facile de se rendre compte. Quelquefois les bords de ces ulcérations sont découpés par des scissures profondes, ce qui pourrait les faire prendre pour des verrues dont les tubes épidermiques se seraient séparés sur une partie de leur hauteur.

La marche de ces tumeurs, étudiée isolément, est très-variable, de telle sorte que si on examine deux d'entre elles qui se sont montrées à la même époque, et qu'on ait l'attention de les suivre jour par jour, *ou* mieux semaine par semaine, il peut arriver que l'une atteindra la dimension d'un gros pois, dans le cours d'un ou deux mois, tandis que l'autre, arrivée au volume d'un grain de chènevis, pourra rester pellucide, transparente, simulant une vésicule de varicelle, pendant des mois entiers, jusqu'à ce que, reprenant sa marche croissante, elle atteigne lentement sa maturité où, en fin de compte, elle subira spontanément ou par une cause fortuite un travail inflammatoire qui amènera une guérison radicale.

Cette maladie cutanée n'étant en définitive constituée que par les apparitions successives plus ou moins confluentes de ces tumeurs, il en résulte que sa marche est essentiellement chronique. Chez l'un des cas cités par Bateman, des tumeurs de ce genre se montrèrent, guérirent successivement pendant douze mois, jusqu'à ce que des moyens curatifs eussent été employés.

J'ai eu, en 1852, sous les yeux une petite fille qui était presque défigurée par cette maladie depuis plus de sept mois ; souvent la durée est moins longue, ainsi un nombre variable de follicules peut s'altérer et guérir spontanément dans un délai de trois ou quatre mois. Il existe également de grandes différences dans le nombre des tumeurs : ainsi chez beaucoup d'enfants, il peut n'en survenir qu'un nombre insignifiant, comme une douzaine disséminées çà et là ; tandis que chez d'autres il devient difficile de les compter, une ou plusieurs régions du corps peuvent en être hérissées. Mais, quel que soit le nombre de ces tumeurs, elles offrent constamment cette particularité, c'est qu'en raison même de leur marche lente et de leur durée, il en existe toujours à des époques différentes de leur évolution, de telle manière qu'on peut observer simultanément leurs diverses phases.

Généralement ces tumeurs se présentent par groupes de trois, quatre, six, et parfois plus. Ce caractère n'avait point échappé à Bateman. Leur siége est partout où se trouvent un grand nombre de follicules sébacés ; ainsi au pourtour des orifices naturels, comme les paupières, la bouche, le nez ; en outre, le cou, le dos, la poitrine, le scrotum et le pourtour du mamelon, sont les points qui peuvent offrir de préférence cette affection folliculeuse.

La guérison spontanée de ces tumeurs se fait de trois manières différentes, qui sont : 1° par l'inflammation des follicules, 2° par l'atrophie ou l'ulcération du pédicule, 3° par le passage insensible de la forme

que nous venons de décrire à celle qui a été désignée sous le nom de *molluscum pendulum*. (Ce dernier mode très-exceptionnellement.)

A. Dans le premier mode, nous avons déjà vu que, spontanément ou par une cause fortuite, l'inflammation pouvait se développer dans les parois du petit kyste, qui devient alors sensible, et même parfois très-douloureux, à la pression. En même temps, l'orifice s'élargit, et quelquefois le follicule, paraissant trop rempli de matière sébacée, semble être rompu par la pression intérieure.

La matière sébacée, opaque, granuleuse, mélangée au sang qui s'écoule des bords de l'orifice, forme des croûtes volumineuses qui, après leur chute, découvrent des ulcérations rondes, sanieuses, qui rappellent un peu celles de l'ecthyma cachectique, mais elles en diffèrent par ce caractère très-saillant, c'est que celles de l'ecthyma sont creusées dans l'épaisseur même du derme, tandis que celles-ci sont au contraire situées au sommet d'une élévation plus ou moins considérable. Après un certain temps de suppuration mélangée de grumeaux de matière sébacée, l'inflammation légère s'apaise, les bords s'aplatissent, la base se fond insensiblement avec le reste de la peau, et à la chute de la dernière croûte on trouve une surface cicatricielle rouge et parfaitement plane. Si l'inflammation a été peu intense, et si l'ensemble de ce travail s'est passé rapidement, le lieu de la cicatrice, après la disparition de la teinte rosée, n'offrira aucune trace pouvant indiquer qu'un travail ulcéreux

a existé sur ce point. Mais si l'ulcération s'est produite sur une tumeur volumineuse dont les bords épais et taillés à pic se sont très-largement ouverts, tout l'intérieur des follicules ayant subi une inflammation vive, l'épaisseur de la peau, dans sa totalité, ayant participé à ce travail d'expulsion, il en résultera alors un tissu cicatriciel indélébile qui rappelle assez bien celui de la vaccine. Généralement ces cicatrices sont rondes et légèrement déprimées, avec des bords nettement circonscrits. En vieillissant, leur surface est d'une coloration blanc mat, avec un aspect rugueux et chagriné qui tranche sur le reste de la peau.

Nous devons dire que ces sortes de cicatrices sont rares, et qu'elles ne se montrent que dans les cas où le travail inflammatoire a été considérable et a existé sur les points du corps où la peau est épaisse et tendue.

Ce mode de guérison se produit de préférence dans les follicules sessiles et dans ceux qui sont animés d'un mouvement de sécrétion sébacée assez actif, disposition qui favorise singulièrement le développement du léger travail inflammatoire nécessaire à la guérison spontanée, et qui, par conséquent, doit rendre leur durée en général moins longue que celle des follicules dont la sécrétion est presque insensible.

B. Par l'atrophie ou l'ulcération du pédicule. Lorsque les tumeurs ont la forme que nous avons essayé de décrire, c'est-à-dire globuleuse, offrant souvent alors une espèce de sillon qui les sépare du reste de la peau, il en résulte que la partie renflée prenant

une certaine ampleur, le sillon devient de plus en plus profond, et la partie rétrécie, en sorte de pédicule excessivement court, est soumise nécessairement à des tiraillements par l'intermédiaire de la tumeur; puis, en outre, dans ce sillon profond et étroit, la peau prend peu à peu le caractère muqueux, elle devient le siége d'une perspiration abondante, et, soit qu'il se fasse dans ce sillon circulaire une ulcération spontanée, soit qu'il s'y produise une légère déchirure du pédicule, toujours est-il qu'arrivées environ à la grosseur d'un pois, ces tumeurs, ainsi disposées, subissent en réalité une véritable séparation du reste de la surface cutanée. On les voit alors brunir en même temps qu'elles prennent une mobilité anormale, jusqu'à ce qu'une légère traction vienne les détacher complétement. Ainsi séparées, elles sont réduites habituellement à de petites boules desséchées, à moitié croûteuses, dans le centre desquelles on trouve un gros noyau de matière sébacée. A la place du pédicule est une surface cicatricielle rosée qui ne tarde pas à disparaître sans laisser de traces indélébiles.

C. Le troisième mode de guérison n'est pas, à proprement parler, une véritable guérison; c'est plutôt une transformation. Ainsi certaines tumeurs de grosseur moyenne, après avoir duré un temps très-long sans aucun changement, et sans qu'il se soit produit de fréquentes expulsions en dehors de matière sébacée, finissent par devenir d'une mollesse extrême; elles sont alors le plus souvent plissées, comme chiffonnées, sous les diverses pressions extérieures.

La matière sébacée est réduite à un petit noyau central à peine sensible sous les doigts; en même temps, l'orifice devient tellement étroit qu'on a de la peine à le constater. Ces tumeurs sont, dans ces cas, de véritables appendices cutanés, inertes, dont l'existence et la durée paraissent subordonnées à celle de l'individu qui les porte. Ces follicules, ainsi développés, puis flétris, sont exactement aux tumeurs folliculaires précédentes ce que sont les marisques aux veines hémorrhoïdaires. Ces sortes de tumeurs se voient beaucoup plus fréquemment sur les points du corps où certaines parties des vêtements exercent des pressions constantes, qui favorisent peut-être le développement de cette transformation. Quoi qu'il en soit de l'explication, il est constant néanmoins que cette forme peut se montrer dans les points du corps où il n'existe aucune pression habituelle.

Il est rare de ne pas rencontrer quelques tumeurs mollasses ainsi chiffonnées sur le corps des enfants qui portent un grand nombre de pustules d'acné molluscoïde.

Les procédés employés par la nature pour la guérison spontanée de cette affection, semblent donc être subordonnés à la forme et à la disposition de ces tumeurs elles-mêmes : ainsi, par exemple, celles qui sont volumineuses, à large base, ne disparaissent pas par le même procédé que celles qui ont un pédicule court et facile à rompre.

Le diagnostic de cette variété d'acné ne peut jamais offrir de difficultés sérieuses; cependant les petites

tumeurs peuvent être confondues avec des végétations verruqueuses, erreur qu'on commet tous les jours. Les verrues, en effet, peuvent présenter leur forme et leur solidité; mais elles n'ont point d'orifice central, par lequel s'échappe de la matière sébacée, et leurs colorations diffèrent essentiellement. Les verrues ont une teinte jaunâtre, comme cornée, dont la transparence est plutôt apparente que réelle, tandis que les pustules d'acné offrent constamment une teinte opaline très-remarquable, due à la présence du liquide lactescent ou à la matière graisseuse qui les distend. Lorsque cette variété se montre au visage, d'une façon discrète ou sous la forme de pustules pellucides, régulièrement hémisphériques, dont quelques-unes peuvent être plus ou moins ombiliquées, il serait facile de croire à l'existence d'une varioloïde, ou mieux à l'espèce de varicelle à petites vésicules, appelée *chicken-pox* par les Anglais; mais l'absence de troubles généraux et l'ancienneté de la maladie ne permettent pas un instant de doute. Dans les cas où l'éruption est confluente et a atteint un développement considérable, avec des tumeurs légèrement ulcérées, le diagnostic sera encore facile: on trouvera la matière sébacée folliculaire au centre de l'excavation, et d'ailleurs, en cherchant sur le reste du corps, on rencontrera certainement ces excoriations à une période moins avancée et caractéristique.

Cette affection cutanée ne peut être confondue avec aucune variété du genre acné.

Nous ne parlons pas du diagnostic différentiel de ces

tumeurs avec ce qu'on a décrit sous le nom de *chalazes;* il suffit d'en faire mention pour éviter la possibilité de cette erreur.

Le *pronostic* de l'acné molluscoïde n'est pas grave, au moins d'après ce que nous avons pu juger à l'aide des cas, déjà nombreux, que nous avons observés, ainsi que d'après les quelques faits relatés en Angleterre.

A propos du pronostic, nous citerons textuellement les paroles du docteur Paterson, médecin du dispensaire de Leith ; dans un mémoire sur le *molluscum contagiosum* de Bateman, publié en 1841, il dit : « Le *molluscum contagiosum* ne paraît pas une maladie grave ; le cas cité par MM. Cazenave et Schedel ferait croire à sa gravité ; mais il n'est pas établi si la mort a été causée par cette maladie ou par une autre. Celui qui a été dernièrement rencontré par M. Henderson à l'infirmerie royale d'Édimbourg s'est terminé fatalement ; mais nous pensons que la mort ne peut être imputée à l'affection cutanée. Tous les cas qui ont été rapportés étaient d'une nature très-bénigne. En effet, à l'exception de l'irritation causée par les tumeurs développées au voisinage des yeux et de la bouche, qui pouvaient donner des conjonctivites et une fièvre légère, la maladie peut être considérée comme sans aucune gravité. Quelquefois, néanmoins, nous avon rencontré des conjonctivites très-pénibles, et le profes seur Thompson nous a dit que l'enfant du fermier, dont nous avons rapporté l'histoire à propos de sa dernière série d'observations, avait failli perdre la vue

des suites de cette affection. Il existe encore une autre conséquence de cette maladie qui a été déjà montrée par Bateman, que le professeur Thompson et le docteur Carswell ont constatée d'une façon très-remarquable : c'est le gonflement des glandes cervicales dans le voisinage de l'éruption, qui vraisemblablement n'est dû qu'à l'existence de la maladie cutanée dans un point éloigné de ces glandes. »

En effet, cette affection nous paraît être peu grave; elle cause, lorsqu'elle siége au visage, une incommodité disgracieuse plutôt qu'une véritable maladie.

Lorsqu'elle est développée sur les membres et le tronc, les malades ne s'en plaignent guère plus que des autres variétés d'acné; seulement, lorsque ces tumeurs s'ulcèrent, elles sont le siége de froissements extérieurs qui, alors, peuvent être douloureux, mais seulement d'une façon passagère.

Le siége de cette affection est évidemment dans les follicules cutanés. Il serait inexact de dire qu'elle est constituée par l'inflammation de ces follicules, car l'inflammation ne joue ici qu'un rôle secondaire dans la production.

En effet, les follicules, sous l'influence de causes insaisissables, s'accroissent lentement, et, par leur développement insolite, ils forment les tumeurs que nous venons de décrire, et ce n'est que momentanément qu'une inflammation légère vient favoriser l'un des modes de guérison.

Si l'on examine au microscope le liquide lactescent folliculaire, on le trouve toujours composé de cellules

épithéliales à noyaux, nombreuses, très-développées et répandues au milieu d'une grande quantité de graisse.

Il en est de même pour la matière sébacée concrète ; on y constate une immense quantité de cellules épithéliales superposées, formant des sortes de piles assez régulièrement rangées, ou des couches concentriques aux parois. Outre l'énorme quantité de cellules épithéliales régulières qui s'y rencontrent, on trouve des débris non moins nombreux de ces mêmes cellules. Ces follicules, ainsi distendus, paraissent formés, comme à l'état normal, par une couche épithéliale interne, par une membrane moyenne sans caractère propre, et enfin par une membrane externe résistante et celluleuse ; des vaisseaux sanguins plus ou moins abondants rampent sur ces parois et fournissent les éléments sécrétoires à ces glandes rudimentaires. Lorsqu'on a enlevé un de ces follicules dans sa totalité, on laisse, par son ablation, dans l'épaisseur du derme, une loge plus ou moins grande, selon le volume du follicule hypertrophié : celle-ci est exactement disposée d'après la forme du petit kyste, qui semble, par son développement, avoir écarté les fibres constituant le derme.

Ces follicules, ainsi arrachés de leur siége cutané, sont comme de petites ampoules à goulot unique et resserré, avec des renflements à leur partie évasée, qui rappellent exactement les lobules des glandes composées d'un rang plus élevé dans l'ordre des fonctions physiologiques glandulaires.

Ces détails micrographiques ont été souvent vérifiés par mon excellent ami Dufour; ils sont exactement identiques à ceux qui sont reproduits dans les planches annexées aux mémoires de MM. Paterson et Henderson, dont il est très-facile de vérifier l'exactitude complète.

Si, rapprochant la sécrétion exagérée de ces follicules de la distension qui les accompagne toujours, et qu'on adopte, avec Willan, la classification fondée sur les formes extérieures et les lésions élémentaires, il sera évident que cette affection cutanée devra se ranger à côté des autres variétés du genre *acné*. Il est vrai qu'on entend par le mot *acné* une éruption pustuleuse, et qu'il n'y a pas ici, à proprement parler, de pustules; mais l'identité du siége, l'identité de lésion, doivent faire passer outre. D'ailleurs, la transgression à la définition de l'acné ne peut être imputée qu'à l'étroitesse même de cette définition, qui ne peut embrasser toutes les espèces cliniques : telles, par exemple, que l'*acne punctata*, l'*acne sebacea*, et les deux espèces que nous décrivons.

Depuis la naissance jusqu'à la puberté, les enfants, bien qu'ils soient soumis à presque toutes les affections cutanées du cadre dermatologique, *n'offrent presque jamais les variétés communes du genre acné*, tandis que l'espèce folliculaire, qui nous occupe, paraît être, en quelque sorte, propre à l'enfance.

Le jeune âge, les constitutions faibles, lymphatiques et scrofuleuses paraissent être des causes occasionnelles.

La couleur et l'épaisseur du système cutané ne semblent point avoir d'influence dans l'apparition de cette maladie.

Si nous jugions par les faits qui se passent sous nos yeux, il semblerait que les filles en seraient plus fréquemment atteintes que les garçons; mais nous n'attachons aucune importance à cette statistique nécessairement incomplète. Il est une cause dont nous n'avons pas encore parlé et qui mérite la plus sérieuse étude, c'est celle de la *contagion*.

Nous avouerons, avec bonne foi, que les premiers cas d'acné molluscoïde qui se sont offerts à nous, et à propos desquels nous avons trouvé dans Bateman seulement une description qui pût s'y appliquer d'une façon évidente, nous avaient fait blâmer l'épithète de *contagieuse*, imposée par cet auteur à la maladie qui nous occupe.

Nous ajouterons que ce doute avait été confirmé par la publication, quelques semaines après nos recherches, d'un mémoire où M. le docteur Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, décrivait le *molluscum contagiosum* de Bateman sous le nom d'*acné varioliforme*, sans mentionner le caractère contagieux, à propos d'un petit nombre de cas, il est vrai, mais dont il donnait des descriptions exactes.

Ce témoignage nous était d'autant moins suspect, que cet honorable praticien n'avait pas vu l'identité parfaite de ses observations avec celles de Bateman d'abord, puis, par ordre chronologique, avec celles de Paterson, Thompson, Henderson, Carswell, Craid-

gie, Willis, et par conséquent il n'avait pu se laisser influencer dans son observation par l'opinion de ces mêmes médecins, la plupart si compétents.

Mais l'étude attentive et suivie de plusieurs cas d'acné mulluscoïde existant simultanément dans différentes salles à l'hôpital des Enfants nous fait croire aujourd'hui à la *contagion possible* de cette maladie, et revenir sur l'opinion primitive qui nous avait porté à blâmer l'épithète de Bateman.

Avant de rapporter les cas de contagion qui nous sont propres, nous citerons un passage extrait d'un mémoire de M. le docteur Robert Paterson, de Leith, au moment où il agite la question de la contagion du molluscum et sa présence exclusive chez les enfants; il dit : « Cette affection paraît être exclusivement bornée à l'Angleterre, aucun cas n'ayant été noté dans les autres contrées, au moins il nous a été impossible d'en trouver une relation; mais indubitablement elle sera tôt ou tard remarquée dans d'autres pays. Elle paraîtrait aussi entièrement propre à l'enfance, au moins d'une façon primitive. Je me souviens que tous les cas qui ont commencé les séries d'observations dont nous avons parlé étaient toujours chez des enfants. Ainsi le premier cas que vit Bateman, fut une nourrice qui avait reçu l'affection d'un enfant qu'elle allaitait, deux autres enfants de la même famille furent également atteints. Le second cas fut un enfant qui paraît l'avoir reçue d'un autre plus âgé qui lui donnait des soins. La série des cas que MM. Cazenave et Schedel ont relatés, et qui ont été rencontrés

par MM. Thompson et Carswell, montre le premier atteint un jeune garçon, puis une petite fille, puis l'enfant et sa nourrice. Ceux fournis d'après l'autorité du professeur Thompson, qui les rencontra dans la campagne, apparurent premièrement chez l'enfant d'une servante de ferme, qui communiqua la maladie à l'enfant du fermier, lequel, à son tour, la porta sur le côté droit du cou de sa jeune servante, où il avait l'habitude de reposer sa figure couverte de tumeurs de molluscum. Le cas du docteur Henderson, où, je crois, il fut impossible de trouver l'origine de la contagion, fut aussi chez un enfant; et les deux premières séries d'observations qui furent relatées ici eurent également pour sujets des enfants. La première fut un enfant qui porta cette maladie sur le sein de sa mère; la seconde fut encore un enfant qui la reçut d'un autre plus âgé, qui le nourrissait habituellement. Le troisième cas, dont j'ai rapporté l'histoire, ne peut fournir d'argument pour ou contre la contagion, la délicatesse m'ayant empêché de me livrer à un examen plus complet. Nous pensons toutefois être dans le vrai en disant que cette maladie, si elle n'est pas exclusivement originelle à l'enfance, est certainement beaucoup plus fréquente à cet âge qu'à tout autre, et quoique pouvant être *communiquée* des enfants aux personnes adultes, elle n'en est pas moins une maladie *infantile.* »

Parmi les faits, déjà nombreux, de cette affection cutanée que nous avons vus, nous allons citer ceux qui

paraissent offrir quelque intérêt au point de vue de la contagion.

Lorsque M. Tardieu prit, en remplacement de M. Bouley, à l'hôpital des Enfants, le service des maladies chroniques (section des filles), il trouva dans la salle Sainte-Marthe, affectée aux maladies du cuir chevelu, une enfant couchée au n° 23, qui portait au visage, au cou et sur les épaules, des tubercules pleins, solides, qui attirèrent son attention. Déjà M. le docteur Blache, qui venait de quitter ce service pour prendre les maladies aiguës, avait été frappé de cette forme d'affections cutanées. Peu de jours après, de nouveaux cas semblables vinrent se présenter à la consultation ; ayant fait des recherches sur ce sujet, je ne tardai pas à reconnaître que nous avions affaire au *molluscum contagiosum* de Bateman. D'après les quelques faits qui venaient de se présenter, je doutais, comme je l'ai déjà dit, de leur nature contagieuse, et dans le but de m'assurer si cette maladie se communiquait, je recherchai attentivement si, dans la salle Sainte-Marthe, qui ne contient que trente malades, parmi les voisines de lit, les camarades de jeu de l'enfant du n° 23, je ne rencontrerais pas quelques malades pareillement atteintes. J'acquis la certitude qu'à ce moment il n'existait qu'un seul cas de *molluscum contagiosum*. Je décrivis l'état que présentait alors cette enfant, et voici l'observation telle que je la recueillis dans les premiers jours d'avril 1851.

Observation VIII. — Léonie Juire, âgée de 7 ans, couchée au

nº 23 de la salle Sainte-Marthe, est entrée à l'hôpital le 22 février 1850. Elle est d'une taille assez petite pour son âge, mais elle est cependant forte et bien constituée ; ses cheveux sont châtains, sa peau blanche et fine. Elle porte au cuir chevelu, à la partie postérieure de la tête, une large ulcération qui a l'aspect d'une plaie scrofuleuse.

Depuis son entrée, elle est soumise à un régime tonique et à l'usage de l'huile de foie de morue.

La mère de la salle nous dit que depuis son admission elle a été à diverses reprises affectée d'ophthalmies, qui l'ont fait transporter dans une salle spécialement disposée pour traiter les cas graves qui se présentent fréquemment à l'hôpital. De plus, elle ajoute que, surtout depuis trois mois environ, elle porte sur le visage d'énormes poireaux, qui, après avoir duré un certain temps, se crèvent, puis guérissent, et de nouveaux bientôt apparaissent. En examinant l'enfant, je trouve dix-huit boutons sur le visage, de grosseur variable; les plus petits égalent à peine une tête d'épingle, et les plus volumineux sont de la dimension d'un gros pois rond. Ils ont tous la coloration normale de la peau ; les plus considérables présentent à leur base de nombreux vaisseaux très-fins et très-sinueux ; la plupart sont sessiles ; quelques-uns, resserrés à leur point d'attache, offrent, par leur forme, une très-grande ressemblance avec les grosses papilles caliciformes de la langue, lorsqu'elles sont hypertrophiées. Tous ont invariablement un orifice central plus ou moins ouvert, qui laisse écouler au dehors tantôt un liquide lactescent, tantôt de la matière sébacée blanche, à demi concrète.

Les plus petites tumeurs sont comme perlées et très-dures ; en les incisant, on fait écouler un liquide lactescent. Ces tumeurs ont, en général, une transparence opaline très-remarquable ; parmi les grosses, il y en a dont l'orifice, quoique très-visible, ne laisse rien sortir spontanément, et au sommet desquelles on remarque des points blancs très-luisants, comme si la matière blanche intérieure allait perforer la peau déjà amincie. En général, elles sont indolentes et solides; elles sont disposées par

groupes de trois ou quatre ; les paupières supérieures et inférieures des deux côtés en contiennent un grand nombre ; quelques-unes sont situées très-près des bords ciliaires, et paraissent remplir le même rôle que les orgeolets par rapport à la muqueuse palpébrale. En effet, si l'on porte son attention sur les yeux de cet enfant, on constate une conjonctivite double assez intense; les deux muqueuses palpébrales sont d'un rouge foncé ; il existe une photophobie prononcée, et c'est avec peine que je puis constater qu'il existe sur les cornées des taies déjà anciennes.

L'une des tumeurs situées au-dessus de la paupière inférieure gauche est large et comme aplatie au sommet, qui offre une surface criblée d'enfoncements par où s'échappent des grumeaux de matières sébacées mélangées de croûtes noirâtres. Sur la paupière supérieure droite, il existe une croûte jaunâtre, large d'environ 1 centimètre, qui paraît recouvrir la base d'une tumeur en grande partie disparue. Sur l'épaule droite, au niveau de l'épine de l'omoplate, il se trouve une tumeur isolée, de la grosseur d'un pois ; elle est exactement ronde, transparente, avec un orifice central, par où s'échappe de la matière sébacée qui semble comme passée à la filière à travers les bords circulaires de cet orifice. La santé de la malade, à l'exception de la plaie du cuir chevelu et de sa conjonctivite, est très-bonne ; elle ne souffre nullement. Je vis attentivement cette enfant presque tous les jours, et depuis plus de trois mois, je constatai à diverses reprises les modes de guérison des tumeurs de différentes formes qui se rencontraient chez elle. J'assistai à l'évolution très-lente des pustules que j'avais vues naître ; leur marche est telle, que pendant ce laps de temps, plusieurs de ces dernières n'ont encore atteint que la grosseur d'un petit grain de chènevis. Néanmoins j'ai déjà assisté à la disparition complète d'un certain nombre des plus volumineuses, qui, à mesure qu'elles prennent de l'ampleur, se vascularisent peu à peu, deviennent parfois rosées, jusqu'à ce que, l'inflammation s'y développant, elle amène rapidement la guérison radicale.

Tandis que je suivais ainsi les progrès et la marche de cette maladie, je fus très-étonné de voir successivement apparaître chez les autres enfants de la salle la même éruption, avec des caractères absolument semblables; de telle sorte que, dans un délai de trois mois, 14 petites filles, sur 30, portent un nombre plus ou moins considérable de tumeurs exactement pareilles à celles de l'enfant du n° 23.

J'entends maintenant la mère de la salle gronder sans cesse les petites malades qui vont jouer avec les enfants affectées de ces *poireaux ;* parce que, dit-elle, ils se *gagnent* très-facilement.

Toujours est-il qu'aujourd'hui la moitié des malades est atteinte de cette affection cutanée, avec cette particularité qui serait en faveur de la contagion, c'est que toutes ces tumeurs folliculaires ne siégent que sur des parties découvertes, comme le visage et le cou, par conséquent exposées toujours aux contacts extérieurs.

La première enfant qui nous offrit cette affection cutanée après la petite fille du n° 23, fut la plus jeune de la salle, qui était souvent confiée à ses soins, lorsque cette malade elle-même restait dans la salle, à cause de sa conjonctivite, pendant que toutes les autres enfants allaient jouer dans les cours.

Et successivement nous vîmes ainsi apparaître de nouveaux cas de cette maladie; ce qui nous permit d'en constater facilement le début, ainsi que la lenteur excessive de ses allures.

Par la nature même des affections qui se traitent

dans la salle Sainte-Marthe, le mouvement des malades est véritablement insignifiant, on n'a qu'à se rappeler la longueur et la ténacité rebelle de la plupart des maladies du cuir chevvlu, pour comprendre que les enfants doivent y séjourner un temps considérable. Depuis que nous sommes très-attentifs à tout ce qui s'y passe, je puis affirmer qu'aucune malade venant du dehors n'y a été admise ayant cette affection cutanée ; et nous avons déjà dit qu'au moment même où nous nous sommes aperçu que nous avions affaire au *molluscum contagiosum* de Bateman, un examen complet de toutes les malades nous avait démontré qu'il n'en existait qu'un seul exemple dans toute la salle. J'ai recueilli successivement ces quatorze observations, que je ne rapporterai pas, dans la crainte d'allonger encore ce travail ; d'ailleurs, leurs détails, exactement identiques, n'offriraient que des redites inutiles.

Les cas nouveaux apparaissant de plus en plus nombreux dans la salle Sainte-Marthe, nous sommes en droit de penser qu'il s'en produira encore, surtout si nous jugeons d'après le nombre considérable de ceux qui sont nouvellement apparus dans le cours du mois dernier. A la salle Sainte-Marie, où sont placées exclusivement les filles scrofuleuses, il s'est passé sous nos yeux un fait isolé, semblable à ceux que nous venons de citer. Eugénie Amand, âgée de sept ans et demi, est couchée au n° 17, pour une carie de plusieurs métacarpiens ; elle est très-vive et très-alerte, et depuis quelque temps elle porte sur le visage une

douzaine de tumeurs folliculaires, pellucides, dures, d'acné mosculloïde. A côté de cette enfant se trouve couchée, au n° 18, une malade âgée de douze ans, qui garde sans cesse le lit, pour une tumeur blanche du genou, et qui, dans ses jeux et son travail journalier, se fait aider par sa jeune voisine. Soit coïncidence, soit contagion, l'enfant du n° 18 porte actuellement une seule tumeur d'acné molluscoïde, d'une forme caractéristique, sur la joue droite.

Observation IX. — Mademoiselle Félicie X..., demeurant rue Laborde, âgée de 14 ans, présente trente tubercules d'acné molluscoïde au cou et sur le visage depuis près de six mois; ils ont été plus nombreux, mais beaucoup déjà ont disparu après une inflammation légère, et n'ont pas laissé de cicatrices apparentes. Le frère de cette jeune fille est âgé de 18 ans; il porte au visage, depuis plus longtemps que sa sœur, quelques tumeurs exactement semblables. On a cru dans la famille, où cette affection est considérée comme des verrues, à la contagion au moyen du linge de toilette, dont le frère et la sœur se servaient en commun.

M. Robert Paterson, médecin du dispensaire de Leith, dans son relevé des observations, publié en 1841, de *molluscum contagiosum*, où il conclut d'une manière très-affirmative en faveur de la contagion, dit qu'il a plusieurs fois tenté d'inoculer cette maladie, en transportant le liquide lactescent sur une peau saine, et lui-même s'est soumis à ces tentatives sans aucun succès.

M. Henderson, professeur de pathologie médicale à l'infirmerie royale d'Édimbourg, imprimait à peu

près à la même époque les paroles suivantes : « Il est très-probable, comme Bateman l'a montré, que la sécrétion athéromateuse est le moyen à l'aide duquel se propage la maladie; cependant les inoculations sur ma main et sur celle du docteur Paterson n'ont donné aucun résultat. Si nous considérons la maladie comme propre aux follicules, il est aisé de comprendre comment la simple inoculation, sans altération sur le point précis où est insérée la matière, de façon qu'elle soit en contact avec l'intérieur d'un follicule, ne sera pas suivie de la propagation de la maladie cutanée. »

En considérant dans leur ensemble les faits observés en Angleterre, qui montrent tous la contagion possible, et ceux que nous venons de présenter, il nous semble qu'ils doivent appeler sérieusement l'attention des praticiens, en même temps qu'ils ne permettent pas de taxer de légèreté Bateman et des auteurs aussi compétents que ceux que nous venons de citer. Il pourra paraître étrange de voir une variété d'acné contagieuse au milieu des autres, qui sont absolument sans moyens de transmission. Mais pareille chose n'existe-t-elle pas pour la variété d'herpès tonsurant, comme M. le docteur Cazenave l'a si bien démontré ? L'eczéma des parties génitales était considéré comme contagieux par Biett. Pareille chose n'existe-t-elle pas pour certaines variétés d'ophthalmie, et non pour certaines autres, de même pour certaines affections de la bouche, etc. ? Le phénomène de la contagion, quelque étrange qu'il paraisse au premier abord pour cette variété d'affection folliculeuse,

ne doit pas néanmoins être repoussé avant qu'une observation rigoureuse n'ait jugé clairement la question.

A côté des faits que nous avons rapportés, nous pouvons dire que nous en avons recueilli un assez grand nombre où la contagion n'a joué évidemment aucun rôle. Ainsi nous avons sous les yeux plusieurs enfants atteints d'acné molluscoïde depuis des mois entiers, sans que cette maladie se soit encore communiquée aux frères et aux sœurs, qui vivent en commun.

A propos de ce caractère contagieux, on ne peut s'empêcher de faire un rapprochement entre le *molluscum contagiosum* et l'herpès tonsurant de M. Cazenave.

En effet, si la contagion de cette maladie folliculaire est ultérieurement confirmée, comme elle l'est pour l'herpès tonsurant, il devra nécessairement se produire pour l'une de ces maladies ce qui s'est produit pour l'autre.

Ainsi, on peut affirmer que l'herpès tonsurant est à Paris une affection presque nouvelle, comme l'a montré M. Cazenave. Il est très-vrai, toutefois, qu'à l'hôpital des Enfants-Malades, elle était rare il y a quelques années, et, pendant le cours de trois ans que j'ai été attaché à cet hôpital, j'ai pu constater, surtout en 1847, la rareté de l'herpès tonsurant, comparativement à sa fréquence dans le cours de cette année; tellement qu'aujourd'hui elle peut être considérée comme une des maladies les plus fréquentes du cuir chevelu, et elle s'y propage avec une rapidité vrai-

ment surprenante. J'ai vu dernièrement amener à la consultation externe *trente garçons* à la fois *d'un seul et même pensionnat* de la rue de Vaugirard, qui tous portaient depuis peu au cuir chevelu des plaques d'herpès tonsurant.

Il se pourrait peut-être que pareille chose survînt pour la maladie qui nous occupe.

Quoi qu'il en soit, nous signalons sa fréquence, ses caractères principaux, et nous espérons qu'une observation dégagée de toute prévention ne tardera pas à prononcer sur le caractère contagieux, toujours si utile à connaître.

Nous devons ajouter qu'en outre des dix-huit cas que nous venons d'énumérer, où la contagion semble avoir joué un certain rôle, nous en avons observé trente autres, tant à l'hôpital qu'à la consultation externe, chez lesquels le caractère contagieux n'a pas, du moins jusqu'à présent encore, été appréciable.

Bien que le nombre des exemples de cette curieuse affection, que nous venons d'indiquer, s'élève déjà à quarante-huit, il ne représente pas cependant toutes les observations de même nature qui ont passé sous nos yeux, parce qu'il en est sur lesquelles nous n'avons recueilli aucune note, et nous en avons vu dans un pensionnat plusieurs cas qui n'entrent point dans ces énumérations.

TRAITEMENT DES MALADIES LYMPHATIQUES.

Les affections cutanées sous la dépendance d'une constitution lymphatique exagérée, n'ont pas entre elles une grande homogénéité, elles offrent des dissemblances, persistant même au point de vue de la thérapeutique. Mais, néanmoins, le but est unique, il consiste à fortifier tous les organes et à régulariser toutes les fonctions. C'est surtout à l'hygiène d'intervenir, aidée des martiaux, des affusions froides, de l'exercice musculaire au grand air, etc. Les affections contenues dans ce groupe nécessitent des moyens spéciaux et différents les uns des autres, suivant qu'on a à traiter telle ou telle affection cutanée : aussi donnerons-nous le traitement de chacune d'elles.

A. **Traitement des achores.** — L'indication de guérir ou au moins de modérer les achores étant posée, quels sont les moyens les plus efficaces et les plus généralement employés?

Les connexions sympathiques du système cutané avec les divers appareils organiques, ainsi que l'abondance de la sécrétion, montrent, comme nous l'avons dit, qu'il ne faut pas une suppression complète avant d'avoir modifié préalablement l'ordre des mouvements d'évacuation. Il est utile dans presque tous les cas d'accroître l'énergie d'une ou plusieurs fonctions ; la corrélation étroite entre le rein et la peau, rend l'indication des diurétiques souvent impérieuse. On sait

en effet, depuis bien longtemps, que ces agents diminuent beaucoup ce que les anciens médecins appelaient l'efflorescence des croûtes de lait. Quelques médecins préfèrent agir sur la sécrétion intestinale à l'aide d'une petite quantité de magnésie.

A ces moyens doit en général se borner la médication interne qui, autrefois, jouait un grand rôle dans cette maladie. Lorsque celle-ci dépend d'un lait trop nourrissant, ou de la voracité de l'enfant avec cet état général qu'on a appelé pléthore séreuse, la nourrice doit être changée, ou si cette mesure ne peut être prise, on diminue graduellement la quantité de lait que recevait le malade. En outre, l'enfant doit être sorti à l'air une grande partie de la journée afin de favoriser la transpiration cutanée. Peu de temps après le sevrage, le régime doit être très-régulier sans trop d'abondance, l'exercice et une propreté sévère sont les adjuvants nécessaires de toutes les médications. Le traitement local consiste surtout dans le choix des topiques destinés à calmer les démangeaisons si douloureuses du cuir chevelu et du visage. Pour les éviter autant que possible, il faut proscrire les lotions émollientes trop prolongées ainsi que les cataplasmes séjournant longtemps, qui produisent une macération inutile et souvent nuisible. Les lotions doivent être faites avec de l'eau pure, faiblement chauffée, ou avec une eau légèrement savonneuse lorsqu'on ne craint pas de sécher trop promptement. Ces lotions sont souvent faites avec le lait même de la nourrice que celle-ci fait jaillir de son sein. En général

il ne faut point adopter un moyen unique, mieux vaut varier la nature des liquides; mais toutefois il faut proscrire l'emploi de corps gras, pommades, beurre, huile, etc. : toutes ces substances ne sont pas sans inconvénients par leur facilité à rancir promptement. Autrefois les vésicatoires étaient recommandés dans le but de déplacer la sécrétion pathologique. Mais on sait combien, dans le jeune âge, les vésicatoires provoquent des douleurs vives; une action modérée et prolongée un certain temps sur la sécrétion rénale ou intestinale, est beaucoup préférable. Le vésicatoire trouve au contraire son utilité dans le cas de suspension brusque et nuisible d'une sécrétion abondante. Les lotions stupéfiantes de belladone, pour modérer les démangeaisons, doivent être repoussées comme dangereuses. M. Cazenavè conseille, d'accord en cela avec toutes les mères, de saupoudrer avec une poudre impalpable d'amidon, de lycopode ou de riz, toutes les parties excoriées ou non : c'est le meilleur des moyens pour apaiser les démangeaisons qui sont si souvent la cause d'agitations difficiles à calmer chez les enfants. Les lotions sulfureuses nous paraissent devoir être réservées pour les cas où les achores tendent à se transformer en des affections dartreuses, comme l'eczéma ou le lichen. Elles ont une action curative d'autant plus énergique que les achores commencent à perdre leurs caractères propres.

Il est une tendance des mères et des nourrices contre laquelle le médecin est souvent appelé à lutter : en général elles sont disposées à user fréquemment

de bains tièdes dans le cours des achores; pourtant ceux-ci semblent avoir quelques inconvénients, ils tendent à affaiblir l'enfant tout en le rendant plus impressionnable et plus délicat. Sans renoncer aux bains, il faut les recommander courts et les rendre émollients avec le son et la gélatine et les donner surtout à une température peu élevée.

B. **Traitement des engelures.** De même que dans la plupart des maladies où la thérapeutique est souvent impuissante, il existe, à l'occasion des engelures, une très-longue liste de moyens curatifs. Cette richesse pharmaceutique cache en définitive une véritable pauvreté d'agents véritablement très-efficaces dans la généralité des cas.

On doit s'opposer d'abord à la formation des engelures, et ensuite les guérir radicalement si on n'a pu les prévenir. On sait qu'elles sont sous la dépendance *le plus souvent* de trois choses principales : 1° Une sensibilité spéciale de la peau ; 2° une disposition constitutionnelle qui paraît correspondre au tempérament lymphatique; 3° des alternatives de chaud et de froid. C'est pourquoi, afin de les prévenir, il faut essayer d'endurcir la peau, de combattre la constitution lymphatique, et enfin d'éviter, autant que faire se peut, les alternatives trop brusques de froid et de chaud. La peau se fortifie ou mieux s'endurcit en la lotionnant avec des solutions d'alun, avec des décoctions d'écorce de chêne, etc. Un des moyens les plus énergiques consiste à faire soir et matin des ablutions froides quelque temps avant les soirées fraîches de l'automne :

la peau prend ainsi une vitalité plus grande qui suffit souvent pour combattre une faible disposition aux engelures. La modification favorable d'une constitution lymphatique s'obtient à l'aide de l'hygiène, secondée par toutes les pratiques fortifiantes empruntées à la gymnastique, l'hydrothérapie, etc. Quant aux soins à apporter, touchant les précautions à prendre pour se garantir des alternatives du chaud et du froid, les moyens ne sont pas tous présentés de la même manière. Quelques auteurs croient obtenir ce but en durcissant la peau, en l'aguerrissant contre les intempéries, ou en émoussant, pour ainsi dire, la sensibilité par la proscription de gants, de manchons, et tout ce qui peut la protéger. D'autres, au contraire, recommandent judicieusement l'usage de ces objets dans le but de se prémunir contre un froid intense, évitant ainsi des températures extrêmes.

Lorsque la maladie est caractérisée par une simple rougeur de la peau et un léger gonflement du tissu sous-cutané, il faut recommander les embrocations avec l'huile térébenthinée, ou avec l'eau-de-vie camphrée ; on emploie aussi de la même manière des compresses imbibées d'eau de Goulard. L'exposition de la partie malade à une chaleur aussi forte qu'il est possible de la supporter, est un remède qui remonte à la plus haute antiquité, mais souvent impossible à pratiquer chez les enfants, malgré son efficacité, à cause des douleurs vives qu'il provoque. On a encore vanté l'application du calorique d'une manière moins douloureuse, qui consiste dans l'usage de sachets de cen-

dres chaudes, appliqués sur les engelures non ulcérées. Tissot, au contraire, conseille l'emploi d'un froid intense, en frottant vivement les parties malades avec de la neige. C'est là un moyen aussi peu praticable chez l'enfant que les précédents. Les remèdes les plus vantés sont encore les embrocations avec la décoction d'écorce de chêne, la peau ayant été, pour ce dernier agent, préalablement frictionnée avec une lotion spiritueuse.

Il arrive, parfois, que les mains, chez les jeunes filles atteintes d'engelures partielles et légères, présentent une coloration rouge vif de toutes les autres parties où même il n'existe aucune trace de la maladie. Les émollients paraissent, dans ce cas, avoir une action complétement nulle, des manuluves dans l'eau de Baréges aidés de quelques frictions excitantes, font disparaître souvent cette disposition plus importune que pénible. Lorsque les engelures viennent s'ulcérer il faut parfois recourir aux cataplasmes; mais en général ils ne doivent pas être continués longtemps, il faut souvent faire usage du nitrate d'argent pour donner aux plaies blafardes et indolentes consécutives, un aspect meilleur et favoriser ainsi la cicatrisation. Nous avons vu employer avec avantage par M. le docteur Tardieu la formule suivante dans les cas d'engelures non ulcérées.

POMMADE AVEC :

Nitrate d'argent cristallisé.....	1	gramme.
Axonge.....	30	—

Les onctions mercurielles employées contre cette

phlegmasie à divers degrés ont donné au docteur Ratier des résultats satisfaisants. Voici comment il se sert de ce moyen : l'onguent mercuriel est étendu en couches légères sur toutes les parties envahies. Vingt-quatre heures après la peau se ride, l'œdème et l'inflammation érysipélateuse ont en général disparu.

Le docteur Jannyot a proposé un liquide qui doit être employé aussitôt que les démangeaisons annonçant les engelures apparaissent, car si la maladie était arrivée à l'ulcération, ce liquide ne conviendrait plus. Les mains et les pieds doivent être plongés dans cette composition pendant une demi-heure deux ou trois fois seulement.

Pr.	Écorce de chêne.....	500	grammes.
	Alun.....	30	—
	Vin rouge ou eau commune.	5000	—

Faites réduire aux deux tiers par l'ébullition ; ajoutez ensuite l'alun qui se dissout facilement.

C. **Traitement de l'acné molluscoïde.** — Les tumeurs d'acné molluscoïde propres à l'enfance, seront, suivant leurs formes, soit incisées d'un seul coup, soit étranglées par une ligature. Les tumeurs globuleuses seront ouvertes avec la pointe d'une lancette et la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent, pratiquée dans la cavité même du follicule, y déterminera une inflammation suffisante pour amener la guérison radicale. Nous n'indiquons pas de moyens généraux. Bateman a prescrit dans un cas des préparations arsenicales ; il a été imité une

seule fois par le docteur Paterson qui a dû promptement y renoncer. Cette médication nous paraît au moins inutile. La seule rationnelle est l'usage des toniques et des fortifiants, la plupart des enfants affectés étant, comme l'indique le classement de cette lésion, d'une constitution molle et lymphatique.

QUATRIÈME CLASSE

MALADIES SCROFULEUSES

La scrofule est une maladie constitutionnelle, caractérisée par de nombreux symptômes morbides sur différents points du corps, dont les principaux sont des tumeurs ganglionnaires, des affections catarrhales, des ophthalmies, certaines affections cutanées, des abcès froids, des tumeurs et diverses maladies osseuses, etc.

Il y a dans ces diverses lésions des expressions symptomatiques distinctes, si l'on fait l'étude intéressante de la marche de la maladie comparée dans ses rapports avec les âges. On peut constater, par exemple, qu'il est difficile de rencontrer un enfant au-dessous de deux ans, atteint de manifestations scrofuleuses du côté du système osseux, quelles que soient ses mauvaises conditions d'hérédité ou d'hygiène. Le début de la scrofule appartient essentiellement à la seconde enfance. Elle commence en général par l'impétigo chronique de certaines régions, les phlegmasies chroniques des muqueuses, ophthalmies,

coryza, otorrhée, leucorrhée, abcès cutanés. Lorsque la maladie suit son cours, les affections osseuses se manifestent plus tard, succédant le plus souvent à des épanchements articulaires chroniques. Aussi nous croyons qu'on tend trop généralement à accepter comme scrofule, les altérations osseuses, quelles qu'elles soient, chez les très-jeunes malades, par exemple ceux qui sortent de la première enfance. Si à cet âge une ostéite ou un épanchement articulaire impose un repos absolu et des souffrances vives, l'affection première peut devenir une cause de scrofule acquise par le défaut d'exercice et l'état de santé qui en est la conséquence nécessaire.

C'est surtout dans les populations des grandes villes qu'on peut avoir occasion de suivre la filiation des faits pathologiques de la scrofule. On voit fréquemment des familles entières scrofuleuses, plongées dans la misère et dont tous les enfants offrent les degrés différents de la scrofule, depuis l'état naissant jusqu'à l'affection dans son plus grand développement.

Hâtons-nous d'ajouter, en insistant vivement, que toutes ces lésions diverses ont une valeur symptomatique au point de vue de la scrofule, en tant qu'elles ont un caractère de chronicité remarquable et qu'elles ont en outre une certaine liaison entre elles. Car il est d'une saine observation clinique d'admettre qu'isolément bon nombre de ces lésions locales peuvent exister d'une façon *essentielle*, c'est-à-dire qu'elles peuvent se montrer en dehors d'un grand état général

morbide les dominant et dans leur apparence et dans leur production même.

Cullen et Kortum avaient déjà signalé que les manifestations scrofuleuses faisaient leurs apparitions le plus souvent de 3 à 7 ans, quelquefois cependant à l'âge de la puberté, et s'il est vrai de dire qu'il est parfois possible de prévoir le développement de la diathèse scrofuleuse chez un jeune sujet au-dessous de la deuxième enfance, c'est surtout par son état général et non pas par des manifestations signalant la maladie elle-même. Non-seulement l'âge a une grande influence sur le développement de la scrofule, mais encore sur les apparitions de telles ou telles lésions scrofuleuses comme nous venons de le dire en commençant.

La plupart des auteurs anciens et des modernes s'accordent à admettre que cette grave maladie survient de préférence chez les enfants à constitution molle, à peau fine, ayant une certaine rondeur de formes avec de l'embonpoint, les joues roses, les yeux bleus, les pupilles dilatées, les cheveux blonds et l'intelligence précoce et développée. En d'autres termes, les enfants offrant les apparences du tempérament lymphatique paraissent plus sujets aux affections scrofuleuses que ceux de tout autre tempérament. Cependant rien n'est aussi fréquent que de constater des lésions multiples chez des malades dont la peau brune, les cheveux noirs ont un caractère aussi éloigné que possible de ce qui constitue le tempérament lymphatique.

Thompson dit même au contraire que les cas les plus

graves de scrofules qu'il a observés se sont montrés chez des sujets très-bruns.

C'est à l'occasion des maladies scrofuleuses que le clinicien peut se convaincre qu'il faut pour les maladies cutanées, comme dans le reste de la pathologie, chercher à rattacher les diverses formes dermatologiques aux conditions dans lesquelles elles se développent. J.-P. Frank (1) admettait l'existence des dartres sur les muqueuses, ou *dartres internes*. Cette manière d'envisager les manifestations d'une même diathèse, doit, au point de vue médical, s'appliquer aussi judicieusement à l'occasion des affections cutanées scrofuleuses qu'à l'occasion des affections *dartreuses*. C'est à cause du lien pathogénique qui unit toutes ces localisations de nature scrofuleuse que nous avons rangé dans la classe des scrofules, l'impétigo du nez, des oreilles, etc., certaines ophthalmies, otorrhées, leucorrhées, coryzas, etc., etc.

Parmi le grand nombre de symptômes scrofuleux, nous ne devons décrire que ceux qui se manifestent directement à la peau et aux muqueuses avec des caractères d'identité pathologique. Suivant en cela l'excellente description du docteur Rayer (2), nous décrirons la scrofule cutanée :

1° La scrofule cutanée..... { Tubercules cutanés ; Tubercules sous-cutanés ; Ulcères scrofuleux ;

2° Le lupus ;
3° L'impétigo,

(1) *Traité de médecine pratique*, traduit du latin par Goudareau, t. I, p. 354.
(2) *Traité des maladies de la peau.*

nous bornant, à l'occasion des ophthalmies, à faire quelques emprunts à l'excellente thèse de mon ami le docteur Becquet.

SECTION I. — TUBERCULES CUTANÉS.

Sous l'influence de la maladie scrofuleuse les tubercules cutanés se développent à peu près sur toutes les parties du corps. Cependant on les observe plus communément à la face, au cou, et sur les membres supérieurs. Mais lorsqu'il existe déjà d'autres affections de même nature, comme abcès, trajets fistuleux, etc., ils apparaissent de préférence dans leur voisinage. Généralement ils existent isolés, et ce n'est que rarement qu'on les rencontre groupés.

A leur début, on voit survenir chez de jeunes sujets, vers le commencement de la seconde enfance, des tubercules d'un rouge livide s'annonçant par une tache rouge, sans chaleur, sans douleur et sans prurit.

Le doigt appliqué sur ces taches perçoit comme un petit corps solide dans le tissu même du derme. Un ou plusieurs mois après son apparition, la petite tache devient proéminente, et elle prend d'une manière très-caractéristique la forme tuberculeuse. Le plus souvent ces nodosités n'offrent que le volume d'un pois. Dans quelques cas ils offrent celui d'une olive. Si plus tard ils augmentent encore de volume, ce n'est qu'en commençant à se ramollir. Ce ramollissement, qui est un de leurs principaux caractères, se fait avec une extrême lenteur. Il est déjà reconnaissable par le tou-

cher, avant que la surface et la circonférence des tubercules ne se soient animées et bien longtemps avant qu'ils ne se perforent. Ce ramollissement commence ordinairement par plusieurs points, pour peu que les tubercules soient volumineux; quelquefois, chacun de ces points ramollis s'ouvre individuellement à l'extérieur, et ordinairement à diverses époques. Alors la forme des tubercules est irrégulière; ils présentent des bosselures, des dépressions, et quelquefois une petite perforation récente et une croûte.

Dans d'autres circonstances soit que le ramollissement, après avoir commencé au centre des tubercules, se soit étendu successivement à toute la masse, soit qu'après avoir commencé sur plusieurs points, il se soit formé un seul foyer, toute la surface devient molle et fluctuante au toucher. Parvenus à ce degré de ramollissement, ces tubercules peuvent rester encore longtemps stationnaires. La peau devenue rouge et violacée reste longtemps sans se ramollir, ni se perforer; si on incise le tubercule, il en sort quelques gouttes d'un liquide plutôt séreux que purulent. L'ouverture demeure très-longtemps fistuleuse; et lorsqu'elle se cicatrise, soit naturellement, soit à la suite de cautérisations répétées, il reste, toujours ou presque toujours, dans le point affecté un petit noyau dur et irrégulier. Les choses se passent à peu près de la même manière, lorsque le tubercule se perfore naturellement après une ou plusieurs années; la teinte violacée de la peau diminue, mais l'induration ne disparaît pas dans la même proportion. Il est très-rare que

de véritables ulcères succèdent à ces petites tumeurs qui apparaissent souvent dans le voisinage des ulcérations scrofuleuses consécutives, soit à des abcès froids, soit à des trajets fistuleux résultant d'affections osseuses.

Ces tubercules cutanés scrofuleux peuvent se développer en *groupes* plus ou moins nombreux; sous cette forme ils envahissent quelquefois la face externe du bras, de l'avant-bras, de la main et des doigts. La forme et la dimension des groupes sont assez variables. Cependant ils n'ont pas en général moins d'un pouce de longueur et plus de deux à trois de diamètre. Ces tubercules, ainsi agglomérés, se dessinent en relief sur la peau; ils forment des plaques mamelonnées, dont la surface violacée, assez ferme sur les points où les tubercules ne sont pas ramollis, est molle et fluctuante sur quelques autres. Lorsque le liquide de la suppuration est épanché, la surface est humide, elle se couvre de croûtes lamelleuses sur les points où il est desséché.

Quand la constitution s'est profondément détériorée sous des influences diverses, que des plaques tuberculeuses anciennes sont excitées par la malpropreté ou par d'autres causes, leur surface, au moins dans une grande partie de leur étendue, devient molle, fongueuse, d'un brun grisâtre ou d'un rouge violacé. Ces surfaces sont sans chaleur morbide et presque sans douleur; en outre, elles deviennent habituellement souillées par une suppuration séreuse, jaunâtre, et parfois sanguinolente.

SECTION II. — TUBERCULES SOUS-CUTANÉS.

Les tubercules sous-cutanés scrofuleux sont de petites tumeurs, circonscrites, situées sous la peau, qui se développent non-seulement dans le voisinage des engorgements glanduleux, mais encore sur d'autres régions du corps, et plus souvent sur les membres supérieurs que sur les membres inférieurs. Ces tubercules plus aplatis et moins mobiles que les ganglions lymphatiques, hypertrophiés, tuberculeux ou non, se reconnaissent, dans leur début, à une petite dureté, circonscrite, lenticulaire, située sous la peau qui est mobile à leur surface et sans changement de couleur. Ces tubercules restent dans ce premier état longtemps stationnaires; peu à peu ils augmentent insensiblement de volume et finissent par acquérir celui d'une noix ou d'un petit œuf.

Ce n'est qu'à une époque déjà avancée de leur accroissement, que la peau, qui jusque-là avait conservé sa mobilité naturelle, devient adhérente avec le centre des tubercules; c'est aussi dans ce point que plus tard elle devient d'un rouge livide. Cette rougeur s'étend successivement jusqu'à la base de ces petites tumeurs, qui, d'abord fermes sous le doigt, deviennent molles. Si on les incise à cette époque, il en sort une humeur séreuse, verdâtre, épaissie par des grumeaux blanchâtres. Probablement dans ce dernier cas, il existe dans le voisinage ou mieux à la base de la tumeur un ganglion lymphatique tuberculeux. Lorsque ces tu-

meurs sont abandonnées à elles-mêmes, la peau s'amincit à leur centre, sur lequel s'opère toujours une ulcération plus large que celle des tubercules scrofuleux *cutanés*. La peau, décollée presque jusqu'à la base de la tumeur, se détruit de plus en plus, la perforation s'élargit et devient un *ulcère*.

SECTION III. — ULCÈRES SCROFULEUX

Les *ulcères* scrofuleux sont consécutifs aux tubercules cutanés et sous-cutanés, à la suppuration, tuberculeuse ou non, de ganglions lymphatiques, aux caries, aux tumeurs blanches, aux abcès froids, aux engelures scrofuleuses excoriées. En général, ils sont assez peu étendus, mais il arrive parfois au contraire qu'ils se multiplient et couvrent une ou plusieurs régions du corps.

Lorsqu'ils sont très-petits, ils succèdent à un seul tubercule cutané ; ils forment une ulcération peu profonde, dont les bords violacés, amincis, s'avancent vers le centre en simulant une guérison ; mais ces bords sont décollés, et d'une façon si prononcée, qu'ils forment des clapiers où se sécrète du muco-pus. Toute la cavité du foyer est doublée d'une paroi qui prend les caractères muqueux ou cutanés ; il suffit alors d'exciser ces bords, et de mettre complétement à découvert cette partie nouvelle, pour qu'elle achève son organisation, ou plutôt qu'elle prenne, au contact de l'air extérieur, un peu plus de solidité, et qu'une gué-

son complète soit obtenue. — C'était une des pratiques locales à laquelle mon vénérable maître Baudelocque attachait une grande importance dans les soins à donner aux scrofuleux. Souvent, en effet, le maintien de cette espèce de cavité à demi close, dans l'épaisseur du derme, faisait perpétuer ces ulcères. Il arrive également, dans les ulcérations de petites dimensions, que des parties cutanées traversent d'un bord à l'autre; leur action est analogue à celle que nous venons de raconter, en parlant des bords décollés. D'ailleurs, ces sortes de ponts ou lambeaux cutanés coïncident le plus souvent avec des décollements proportionnés eux-mêmes à l'étendue des ulcères. Le fond de ces ulcérations scrofuleuses est souvent blafard, et n'offre pas les bourgeons charnus que l'on voit sur la surface d'une plaie simple; parfois même il est boursouflé, comme œdémateux. Lorsqu'elles existent à la suite de caries osseuses, on peut distinguer souvent les ouvertures béantes des orifices fistuleux. La marche de ces ulcères est essentiellement lente. Ils durent quelquefois plusieurs années, leurs progrès se faisant d'une façon insensible.

Toutes ces ulcérations ont un caractère commun, et déjà signalé depuis longtemps par tous les observateurs. C'est l'absence habituelle de douleurs vives. En effet, à part les cruelles douleurs des maladies articulaires, les lésions si nombreuses et si variées de la scrofule n'entraînent pas généralement avec elles les douleurs vives qu'on serait en droit de leur attribuer, à la vue des désordres considérables qu'elles produisent.

Que la guérison s'opère spontanément ou à la faveur de l'art, elle se fait toujours avec une extrême lenteur. La surface de l'ulcère devient moins blafarde, l'état général du malade s'améliore, les bords ulcéreux sont moins durs, moins livides; l'ulcère se couvre de bourgeons charnus. Ces ulcérations ont en outre une sorte de tendance particulière à une cicatrisation partielle, qui leur imprime quelque chose de spécial. Ainsi, pendant une longue durée, malgré une suppuration abondante, elles changent souvent de forme. Tantôt ce sont des prolongements de cicatrices qui viennent recouvrir une partie de l'ulcère, tantôt ce sont des brides ou lames qui simulent une guérison; mais il reste une ouverture fistuleuse qui conduit à un clapier. Souvent aussi il arrive que tandis qu'une cicatrice légitime se forme dans un point de l'ulcère, les bords d'une autre partie se renversent complétement en dedans, simulant une sorte d'ourlet.

« L'examen d'un grand nombre de cicatrices scrofuleuses m'a éclairé, dit A. Baudelocque (1), sur le mécanisme de leur formation et sur la cause de leur difformité; et je crois qu'il est toujours possible de prévenir cette difformité. En effet, les cicatrices scrofuleuses difformes sont le plus souvent formées par de petites cicatrices superposées, accolées ou enchâssées les unes dans les autres. En les examinant avec attention, tantôt on trouve une ou plusieurs brides, adhé-

(1) *Études sur les causes, la nature et le traitement de la maladie scrofuleuse.* Paris, 1834, p. 322.

rentes par leurs extrémités, libres dans le reste de leur étendue, disposées tout à fait comme les colonnes charnues de la deuxième espèce, que l'on voit dans les ventricules du cœur; tantôt les brides, adhérentes par leurs extrémités, le sont encore dans toute leur longueur, comme les colonnes charnues du cœur de la troisième espèce; d'autres fois on découvre une ou plusieurs cicatrices roulées sur elles-mêmes, et fortement appliquées sur une cicatrice plus profondément située; quelquefois des portions saillantes, des espèces de végétations sont implantées au milieu ou sur les côtés d'une large cicatrice.

Elles ne s'observent qu'à la suite des ulcères accompagnés d'un décollement plus ou moins considérable de la peau, et surtout à la suite d'ulcères qui résultent d'engorgements glanduleux abcédés. — Avant que les collections purulentes, qui se forment sur les engorgements glanduleux, soient ouvertes spontanément ou artificiellement, la peau qui les recouvre a éprouvé un grand amincissement, a été dépouillée de tout le tissu cellulaire qui tapisse sa face interne; souvent elle a acquis une teinte livide, violacée; la peau, ainsi dénudée, amincie, altérée dans sa structure, est peu apte à la cicatrisation, et quoique depuis longtemps la totalité de l'engorgement ait disparu, quoique le fond du foyer soit détergé, disposé à se réunir à la peau, cette réunion n'a point lieu, parce que la peau ne présente pas les conditions nécessaires à son recollement.»

« De là la cicatrisation isolée de ces parois. On voit

le fond de l'ulcère se recouvrir d'une cicatrice, et au bout d'un temps plus ou moins long, la peau se cicatrise de son côté. En se rappelant le mécanisme de la formation des cicatrices, le tiraillement exercé sur les parties voisines, le rapprochement de ce qu'on appelle les bourgeons charnus, on comprend aisément comment la peau, libre d'un côté, se roule sur elle-même en s'appliquant fortement contre la cicatrice qui recouvre le fond de l'ulcère; il y a, dans ce cas, deux cicatrices superposées. Lorsque la cicatrisation, au lieu de commencer par le fond du foyer, se fait d'abord à la peau, celle-ci, se roulant toujours sur elle-même, comme dans le premier cas, s'applique fortement contre la surface ulcérée, des végétations, s'élevant autour d'elle, en dépassant le niveau, l'enchâssent définitivement lorsqu'elles viennent à se cicatriser. Les brides sont formées par des portions de peau situées entre deux ouvertures, espèces de ponts qui, ne pouvant se réunir aux parties sous-jacentes, ni se rapprocher du reste de la peau, se cicatrisent isolément, soit avant, soit après les autres points ulcérés, et souvent acquièrent beaucoup d'épaisseur en se roulant sur eux-mêmes (1).»

« Il existe une autre forme de cicatrice scrofuleuse; « c'est celle qu'on désigne vulgairement sous le nom de « couture. Les coutures dépendent de la rapidité avec « laquelle les bourgeons charnus qu'on a négligé de « réprimer, alors qu'ils dépassent le niveau de la peau,

(1) *Etudes sur les causes, la nature et le traitement de la maladie scrofuleuse*, p. 324.

« s'élèvent en hauteur et se cicatrisent. Une couche « épaisse de matière épidermique se remarque souvent « à leur partie moyenne, et leur donne de la dureté.» Quelle que soit la formation de ces diverses cicatrices scrofuleuses, elles restent un long temps rouges, luisantes, inégales et faciles à déchirer. Peu à peu à cette rougeur succède une teinte bleuâtre ; la surface se déprime, et les bords engorgés forment quelquefois des mamelons irréguliers, espèces de nodosités très-longtemps rebelles à s'affaisser. Souvent aussi les brides dont nous venons de parler les font ressembler aux cicatrices des brûlures. Ce n'est qu'après un certain nombre d'années que les cicatrices scrofuleuses indélébiles deviennent blanches, et que leurs bosselures inégales disparaissent. Mais quant aux replis cutanés accidentels de cicatrices, et aux brides simulant les brûlures profondes, elles ne s'effacent jamais

SECTION IV. — LUPUS.

Le lupus est pour certains auteurs le type de la scrofule cutanée ; à lui seul, en effet, il peut parfois stigmatiser cette grande maladie. Mais cependant ce serait une erreur de juger toujours ainsi, car souvent il arrive de rencontrer le lupus chez des sujets vigoureux, sanguins, n'ayant jamais rien présenté qui pût être rattaché à la scrofule. On le voit fréquemment coïncider avec d'autres lésions scrofuleuses; alors il est en effet une des nombreuses manifestations de la scrofule, contrairement à d'autres expressions cutanées de cette

grande maladie qui peuvent ne pas laisser de traces profondes; dans le lupus, au contraire, le derme se trouve si profondément altéré pendant des années entières, que la peau ne reprend jamais complétement ses caractères et son aspect normal.

Cette terrible affection montre des différences selon la place du corps qu'elle occupe. On l'observe le plus souvent à la figure, sur le nez, les joues. On la rencontre encore assez fréquemment sur les membres, le cou et le tronc. M. Huguier a décrit sous le nom d'esthiomène un lupus de la vulve (1) dont nous n'avons pas à nous occuper, attendu qu'on n'a pas d'exemples d'esthiomènes de la vulve, s'étant montré avant la menstruation. Les caractères généraux du lupus sont les mêmes chez l'enfant et chez l'adulte; ils offrent une similitude très-grande, qui s'explique assez naturellement, attendu que cette maladie, se développant ordinairement pendant l'enfance, se perpétue par sa longue durée jusque dans l'âge adulte, sans modifier sa marche et ses caractères particuliers. On a multiplié dans ces temps derniers le nombre des espèces de lupus; nous n'en décrirons que trois formes principales.

A. — Le lupus qui ronge en surface est caractérisé, le plus souvent, par des saillies extérieures plus ou moins volumineuses, livides, irrégulières, isolées ou au contraire rassemblées en groupes. Ces élévations indolentes à tous les états ont toujours une marche

(1) *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XVI.

lente et chronique; elles ne s'ulcèrent pas, mais elles sont le siége d'une exfoliation qui dure plus ou moins longtemps, et un des caractères principaux de l'affection, c'est qu'il existe toujours après la guérison des cicatrices indiquant une destruction partielle des tissus affectés. Dans cette forme, qui présente plusieurs variétés, les parties atteintes sont détruites par la voie seule d'exfoliation épidermique.

La variété qu'on pourrait appeler la plus simple et la plus bénigne, est celle qui se rencontre parfois chez les très-jeunes enfants encore à la mamelle. Elle apparaît ordinairement par un point rouge, presque toujours au visage. Ce point conserve sa rougeur foncée et s'agrandit avec une lenteur remarquable; successivement il atteint un volume assez considérable, à mesure que l'enfant grandit, et s'avance vers l'âge pubère. Quelquefois même il est véritablement stationnaire, n'éveillant ni gêne ni douleur chez le malade. En explorant cette nodosité tuberculeuse, il est facile de percevoir une sorte d'induration intéressant toute l'épaisseur du derme qui lui sert de base. La coloration violacée d'un rouge foncé tranche nettement avec le reste de la peau qui semble l'enchâsser, d'autant plus qu'en vieillissant la coloration rouge obscur s'accroît. Enfin, lorsque cette forme de lupus est parvenue à sa plus grande dimension, environ une pièce d'un franc, ou si une cause irritante externe intervient, cette saillie cutanée s'enflamme, s'étend en largeur en se recouvrant de petites squames sèches qui se renouvellent à mesure qu'elles se détachent. Les bords qui forment le con-

tour du mal s'avancent sur les parties voisines, tandis que le centre montre d'une façon évidente l'aspect des cicatrices propres au lupus. Cette variété, dont la marche est si longue, doit être traitée par l'emploi des caustiques qui habituellement ont un plein succès.

Dans une autre manière d'être le lupus tuberculeux modifiera sa marche et méritera surtout le nom que Biett lui donnait, de *lupus qui détruit en surface.* Cette variété commence au visage par plusieurs tubercules disséminés, sans troubles locaux ou généraux. Ils peuvent rester ainsi toujours indolents et stationnaires pendant un long temps, puis des squames minces, grisâtres, se forment, tombent et se renouvellent indéfiniment jusqu'à ce que, la peau considérablement altérée par son amincissement et sa destruction, la surface du lupus soit convertie en un tissu cicatriciel à traces indélébiles. Ces désordres s'accroissent par la production de nouveaux tubercules dans le voisinage, présentant le même aspect et la même marche. C'est ainsi que cette variété de lupus peut couvrir de larges surfaces. Il y a toujours dans les salles de l'hôpital des Enfants Malades plusieurs exemples à la fois, de cette horrible maladie ayant débuté au visage. Les ouvertures naturelles de cette région sont déformées et le lupus couvre parfois le cou, les épaules, les bras et, exceptionnellement, une partie plus ou moins considérable du tronc. Ce mal cause à la face les plus hideuses lésions. Ainsi, il peut envahir les fosses nasales, détruire successivement les ailes du nez, la cloison, sans qu'à aucun moment on puisse saisir

grès, l'économie tout entière se trouvant profondément atteinte, les malades tombent dans un état cachectique et ils ne tardent pas à mourir. D'autres fois au contraire, soit que la constitution vienne à se modifier ou qu'un érysipèle survienne et joue un rôle modificateur favorable, le lupus modifie ses surfaces hypertrophiées un travail rapide de résolution s'opère et la guérison complète s'établit.

On peut dire, en général, sur les diverses espèces de lupus, qu'elles offrent des cicatrices analogues, qu'il importe beaucoup au médecin de connaître. Celles-ci sont ordinairement indélébiles ; celles qui succèdent aux formes superficielles ont été comparées par tous les auteurs aux cicatrices des brûlures. En effet elles sont ridées, inégales et irrégulières. Quand elles sont encore très-saillantes au-dessus du niveau de la peau environnante, la guérison n'est pas en général très-assurée, car sur ces surfaces cicatricielles, la maladie peut reparaître avec l'énergie première. Les cicatrices des lupus serpigineux offrent, en général, une peau à teinte rouge plus ou moins foncée, parsemée d'inégalités formées par les rides et les lambeaux lamelleux de l'épiderme. L'épaississement du derme rend tous les traits difformes : les paupières sont épaisses, rouges, écailleuses et souvent érodées ou complétement renversées.

En général le siége des lupus n'est pas, comme nous l'avons déjà dit, sans influence sur les formes qu'il affecte. On a remarqué qu'il exerçait surtout des ravages sur les tissus minces et peu vasculaires : c'est pour

cela, a-t-on dit, qu'il détruit si souvent les ailes du nez, tandis qu'il ne fait guère de ravages profonds lorsqu'il occupe les lèvres, les joues, et la peau des membres. Ce n'est que dans la forme hypertrophique que « le microscope d'après le docteur Lebert (1), fait toujours reconnaître le développement d'une certaine quantité de tissus fibro-plastiques ; dans les autres on ne trouve que les éléments normaux du derme et de l'épiderme hypertrophiés ou mêlés avec les produits de l'inflammation tels qu'une vascularité plus prononcée ou du pus avec ses globules intacts sur les ulcères, mais altérés et comme desséchés dans les croûtes. Celles-ci renferment en outre de l'épiderme, et parfois les fibres du derme, ce qui rend en partie compte de leur résistance et de leur adhérence. »

SECTION V. — IMPÉTIGO.

De l'aveu même des médecins qui se sont occupés presque exclusivement des maladies de l'enfance, l'impétigo présente des particularités qui le séparent nettement de celui qu'on observe chez l'adulte. Nous nous éloignerons des descriptions accoutumées, parce qu'il existe sur cette maladie des confusions faciles à concevoir lorsqu'on ne tient pas compte de la différence d'âge, même chez l'enfant. Ainsi, il est constant, comme déjà M. Cazenave l'a démontré, que la plupart des descriptions attribuées à l'impétigo, appartien-

(1) *Traité des maladies scrofuleuses et tuberculeuses*, Paris, 1849.

nent aux achores et réciproquement. Aussi ce qui importe pour nous, c'est de séparer les unes des autres les affections cutanées confondues sous le nom de *Gourmes*. Cette expression a encore dans l'opinion de bon nombre de médecins un sens générique exactement semblable à celui qu'avait jusqu'à ces temps derniers le mot *Teigne*. Le mot gourme, en tant qu'il représente une éruption cutanée, ayant un rôle favorable, relativement à la régularité de toutes les fonctions, aurait sa raison d'être. Il mériterait d'être conservé, représentant à lui seul une idée pratique très-vraie, qu'on tend trop actuellement à méconnaître. Mais, dans son acception actuelle, quelle confusion de diagnostic il entraîne avec lui ! Qu'on veuille bien se rappeler les écrits considérables sur les teignes ; à chaque pas il est question de l'importance que ces maladies peuvent prendre comme agents dépurateurs de l'économie. Or, l'extension de ces faits à toutes les maladies cutanées, rangées sous ce nom commun, est évidemment fausse ; mais néanmoins elle repose sur une donnée pratique vraie, que l'expérience vérifiait parfois, pas toujours, tant s'en faut : car les teignes, telles qu'on les comprenait alors, étaient le plus souvent d'affreuses maladies, infiniment plus nuisibles qu'utiles. Ce qui s'est passé pendant tant d'années pour les teignes, nous le voyons, à un degré de confusion presque égal, exister pour les gourmes.

Le fil conducteur qui peut aider à sortir de cette confusion, n'est pas dans l'analyse anatomo-pathologique des éléments constitutifs de chaque espèce de

gourmes, comme cela a eu lieu pour les teignes. C'est, au contraire, dans l'étude suivie des affections cutanées commençant avec la vie, et continuée dans les âges subséquents. Ainsi, on verra chez le nouveau-né survenir la croûte laiteuse, puis l'achore, et si cette affection cutanée ne s'éteint pas, on assistera à sa transformation en des affections toujours les mêmes. Si l'enfant doit être dartreux, soit par lui-même, soit par le fait de l'hérédité, l'achore modifiera peu à peu son allure. Le jeune malade, arrivé à la seconde enfance, aura une éruption soit lichénoïde, soit eczémateuse, très-rebelle alors, et qu'il est fort urgent de guérir. De même, si un nourrisson est, pendant son allaitement, couvert d'achores fluents, ou, en d'autres termes, qu'une gourme abondante favorise la régularité de ses fonctions, et qu'il soit issu d'une souche scrofuleuse ou épuisée, cette maladie qu'il aurait peut-être été préjudiciable de guérir subitement, pourra se perpétuer vers la seconde enfance, les conditions hygiéniques aidant; l'enfant se dessinera plus ou moins nettement comme un scrofuleux. Les achores se transformeront plus ou moins lentement ainsi en des affections impétigineuses plus ou moins fluentes. La transformation ne se fera pas sur place, mais il y aura des guérisons momentanées, puis des récidives qui, à mesure qu'on s'éloignera de l'allaitement, prendront de plus en plus la forme de l'impétigo. C'est aussi à cette dernière espèce d'impétigo qu'il faut rattacher ce que les auteurs décrivaient sous les noms de *Gourmes persistantes*. On comprend facilement com-

ment certaines formes d'impétigo devaient nécessairement porter le même nom de *gourmes*, malgré les différences symptomatiques qu'elles offraient. C'est qu'en effet alors ces sortes de gourmes persistantes, ou mieux, cet impétigo, présente une ténacité toute particulière ; il se localise dans certains lieux d'élection, et devient un des nombreux éléments qui peuvent concourir à caractériser la maladie scrofuleuse, comme nous le verrons plus loin.

L'impétigo en général est, chez l'enfant comme chez l'adulte, constitué par des pustules (psydraciées) légèrement aplaties, jaunâtres, d'un assez petit volume et ordinairement confluentes. Lorsqu'on peut assister au début, il est possible de voir un certain degré de tension et de rougeur de la peau où les pustules vont apparaître. Il se développe sur toutes les parties du corps, mais il est infiniment plus fréquent de le rencontrer à la face et au cuir chevelu. C'est en effet dans ces deux régions qu'il se comporte d'une façon à se distinguer de celui qui s'observe chez l'adulte; aussi décrivons-nous, comme tous ceux qui se sont occupés de l'impétigo, deux espèces principales : l'impétigo du cuir chevelu, et l'impétigo de la face.

A. **Impétigo du cuir chevelu.** — Cette affection débute habituellement par des plaques érythémateuses et des démangeaisons vives, quelquefois avec du gonflement du cuir chevelu, puis des pustules caractéristiques de l'impétigo ne tardent pas à se montrer. Celles-ci sont acuminées, d'un blanc jaunâtre, sans aréole inflammatoire. Généralement dissé-

minées par petits groupes épars, leur évolution est en partie terminée en quatre ou cinq jours. Elles se montrent presque exclusivement à la partie postérieure et supérieure de la tête, très-rarement elles envahissent le front ou les parties du visage voisines du cuir chevelu. Quand le liquide des pustules s'épanche au dehors, il se concrète rapidement en formant des croûtes qui sèchent d'une façon particulière. Celles-ci, en effet, ont reçu l'épithète de *granulées;* elles sont d'une forme irrégulière, de couleur brunâtre, et très-friables quand elles ont atteint un certain degré de sécheresse. Ces croûtes forment des masses inégales, bosselées et rugueuses, qu'Alibert comparait soit aux semences de certaines plantes, soit à du mortier brisé, ou enfin à du plâtre détaché des murs, et sali par l'humidité et la poussière. Parfois elles ne sont point ainsi agglomérées; elles sont au contraire disséminées dans la chevelure, où elles offrent cette curieuse disposition d'être enfilées par un cheveu à la façon d'une perle par le fil qui traverse le centre. Cet arrangement a été expliqué par ce fait que les pustules sont ordinairement traversées elles-mêmes par un cheveu, lequel en grandissant isole la petite croûte, et l'emporte par son allongement progressif. Quelquefois l'éruption impétigineuse du cuir chevelu rappelle un peu les achores par son humidité. Il s'opère une exsudation considérable à la surface, ce qui détermine alors une odeur nauséabonde difficile à supporter. Celle-ci n'est, habituellement, qu'un phénomène momentané lié à la sécrétion, car à mesure que les croûtes acquièrent une

consistance et une sécheresse plus grandes, l'odeur diminue, et les croûtes prennent cette ressemblance qui les a fait comparer à une matière gypseuse, crétacée. Sous ces amas de productions croûteuses, que le peuple appelle *galons*, il est commun de voir surgir des milliers de poux, dont l'éclosion est souvent favorisée par une insigne malpropreté. Contrairement à ce qui se passe dans les achores, où jamais, quelles que soient les lésions du cuir chevelu, il n'y a d'alopécie persistante, ici au contraire, il se peut faire que sous les croûtes lapidescentes, comme disait Alibert, les bulbes pilifères subissent une atrophie incurable ; mais hâtons-nous d'ajouter que ce fait est tellement rare, qu'il a été mis en doute.

L'impétigo du cuir chevelu, quand il offre une assez grande étendue, persiste longtemps; s'il est abandonné sans propreté et sans soins, il peut durer des mois, et souvent même des années. Il ne s'observe jamais pendant l'allaitement, et très-rarement vers la fin de la première enfance; au contraire, c'est en quelque sorte la véritable maladie du cuir chevelu particulière à la deuxième enfance. Il peut également se rencontrer dans le cours de l'adolescence, de même que dans l'âge adulte. De l'aveu de tous les auteurs, cette affection cutanée reconnaît pour cause les tempéraments lymphatiques et scrofuleux, favorisés par la malpropreté. Fréquemment elle succède aux achores; de là, nous l'avons déjà dit, la dénomination de gourmes donnée, par certains auteurs, à l'impétigo du cuir chevelu. De là également cette opinion qui con-

sistait à respecter l'existence de cette maladie, toujours à titre d'affection *gourmeuse*. Il est impossible de confondre l'impétigo dit granulé avec les achores, quelle que soit la ressemblance momentanée que ces deux affections puissent prendre. Les achores offrent des croûtes molles, jaunes ou verdâtres, avec un suintement toujours considérable. Dans l'impétigo, les croûtes sont ordinairement noires et sèches; ce n'est qu'exceptionnellement que le suintement est plus ou moins abondant. D'ailleurs, l'une de ces maladies est le propre de la première enfance, tandis que l'autre se montre dans la seconde. La seule affection du cuir chevelu qui offre parfois de véritables difficultés de diagnostic est le favus; mais nous verrons, dans cette dernière lésion parasitique, les godets jaunâtres et l'odeur caractéristique aidant à confirmer les différences.

B. **Impétigo de la face.** — On peut dire qu'ici comme au cuir chevelu la maladie a dans ses limites extrêmes deux manières d'être assez différentes l'une de l'autre. Ainsi l'affection pourra se borner à des pustules qui suppurent en se rapprochant des caractères propres aux achores et parcourir son évolution complète d'une façon passagère et aiguë. Au contraire, dans l'autre manière d'être, aux pustules succèdent des croûtes sèches, dures, se renouvelant sans cesse par une succession d'apparitions pustuleuses successives. Cette forme chronique de l'impétigo est toute particulière et très-intéressante à étudier. C'est à l'époque de la deuxième enfance qu'elle se rencontre avec tous

ses caractères propres. Les pustules sont remplacées par des croûtes qui ne se détachent pas, elles s'épaississent au contraire par leur face cutanée, subissant des teintes diverses, tantôt brunes, tantôt complétement noires, suivant la quantité de sang exhalée. Comme dans toutes les éruptions infantiles, il existe un prurit auquel les enfants sont incapables de résister, d'où résultent des dilacérations cruelles par l'action des ongles.

Toute la face est parfois envahie par une immense croûte donnant l'aspect hideux qui se voit à un certain moment dans les varioles confluentes. D'autres fois, au contraire, l'éruption est très-bornée sur un seul point circonscrit du visage, où des croûtes volumineuses s'amoncellent et forment une saillie, de manière à simuler un peu une coquille d'huître. Si ces croûtes viennent à tomber, ou si elles ont été arrachées violemment, on trouve dessous une surface excoriée, saignante, superficielle, sécrétant un liquide comme le ferait un vésicatoire. Souvent cette éruption d'impétigo (*figurata*) se cantonne au pourtour du nez, à l'entrée des narines, alors elle prend une ténacité remarquable; il se forme à la longue des ulcérations superficielles qui vont de l'orifice des narines jusqu'à la muqueuse labiale; ces ulcères se couvrent de croûtes qui, bientôt arrachées, sont aussitôt reproduites. Cette lésion se complique souvent d'un coryza chronique qui peut dégénérer en ozène. On sait en effet comment peut se comporter le coryza chez les scrofuleux. Cette affection catarrhale se renouvelle plusieurs fois à l'état aigu d'abord, puis elle devient chronique et habituelle. Les enfants dor-

ment la bouche ouverte, le passage de l'air dans les fosses nasales étant empêché. L'affection fait des progrès, il s'établit un écoulement mucoso-purulent qui, sortant des narines, coule sans cesse sur la lèvre supérieure. Celle-ci, l'éruption cutanée aidant, se tuméfie d'une façon chronique et contribue par cela même à donner au facies des enfants cet aspect décrit par plusieurs auteurs comme caractéristique de la scrofule. Souvent l'altération de la muqueuse ne se borne pas à ces lésions; quand bien même l'impétigo aurait été guéri, on peut voir survenir chez certains enfants scrofuleux des altérations dans l'intérieur des fosses nasales. Tantôt celles-ci sont accompagnées d'une suppuration abondante, tantôt au contraire elles sont sèches et croûteuses. Le plus souvent elles sécrètent un liquide purulent, ensanglanté, et ce qui donne à ces ulcérations un caractère particulier, c'est l'horrible odeur pénétrante et infecte de cette suppuration nasale. Les altérations consécutives à ces lésions chroniques ont pour résultat immédiat d'entraîner la perte de l'odorat.

La similitude de texture des muqueuses avec le tégument externe rend un compte suffisant de la production de ces manifestations. Il en est de même pour certaines ophthalmies infantiles qui se rattachent si intimement aux affections scrofuleuses cutanées.

Il est en effet une vérité généralement peu contestée, c'est celle qui admet l'existence de grandes classes d'ophthalmies dans le jeune âge. Les unes sont essentielles, ne paraissent subordonnées à aucune influence

morbide générale ; elles ont une marche qui ne diffère en rien de celle qu'elles affectent chez l'adulte dans les conditions analogues. Ce sont là, à proprement parler, les *ophthalmies chez les enfants*. Les autres, qui se relient constamment à un état spécial propre à l'enfance, prennent une allure particulière et paraissent être liées surtout à un état général dont elles ne sont qu'une des nombreuses manifestations.

Nous ne devons ici dire quelques mots que de cette dernière classe qui se rattache directement à notre sujet, c'est-à-dire les ophthalmies intimement liées à la présence d'éruptions cutanées scrofuleuses dans le voisinage des yeux. L'ophthalmie appelée scrofuleuse est ainsi nommée non pas parce qu'elle est caractérisée par un mode particulier et spécial de vascularisation, mais bien parce qu'elle occupe une place dans la série des actes morbides dont l'ensemble constitue la scrofule.

Le docteur A. Baudelocque, qui s'est livré avec beaucoup de soin à l'étude des maladies scrofuleuses, disait que l'ophthalmie se rattache dans la scrofule à une modification peu profonde de l'économie. En effet, de même que l'impétigo du visage dans la seconde enfance, elle s'observe plutôt dans les formes bénignes que dans les formes graves, en général, à une période peu avancée. Et même on peut dire qu'avec les éruptions chroniques de la peau elles constituent les premières manifestations de la diathèse scrofuleuse commençante. La plupart des auteurs qui se sont occupés de cette espèce d'ophthalmie, ont tous signalé sa co-

existence avec des éruptions chroniques du visage, du cuir chevelu, derrière les oreilles, avec une otorrhée plus ou moins abondante, ou la tuméfaction du nez et de la lèvre supérieure, etc.

Outre le caractère scrofuleux tiré du fait de la présence antérieure ou coexistante de manifestations scrofuleuses multiples, la nature du diagnostic n'est plus douteuse lorsque l'ophthalmie prend d'elle-même les allures propres à l'espèce dite scrofuleuse. Lorsqu'on examine un certain nombre d'enfants atteints de cette maladie, il peut arriver qu'on observe chez tous une altération différente des tissus de l'œil. Chez l'un une blépharite aiguë ou chronique, chez un autre une ulcération, chez un troisième une infiltration ou un ramollissement de la cornée, etc. Il semble, au premier abord, que chacun d'eux soit atteint d'une maladie différente. Ce n'est que plus tard, lorsqu'on a vu comment les faits se succèdent et s'enchaînent, qu'on saisit le lien qui les rattache et qu'ils apparaissent avec leur valeur véritable, comme autant d'expressions symptomatiques de différents degrés, ou mieux, de différentes périodes d'une même maladie. Il existe souvent chez les enfants scrofuleux un symptôme auquel Benedict a donné le nom de *photophobie scrofuleuse*, que plus tard le docteur Henley Storp a désigné sous le nom d'*hypéresthésie optique scrofuleuse*, laquelle peut durer plus ou moins longtemps, offrir des rémittences, des intermittences avant que les signes de l'ophthalmie soient évidents, elle peut même disparaître complétement sans être suivie de l'inflammation visible de l'œil.

Il n'entre point dans notre plan de décrire toutes les nombreuses lésions anatomo-pathologiques de cette variété d'ophthalmie, mais nous voulons montrer qu'il existe des rapports de diverses natures entre les ophthalmies et les affections cutanées du visage. Ils sont, en effet, de plusieurs sortes. Ainsi l'ophthalmie semble se produire par une simple continuation de la phlegmasie des fosses nasales, s'exaspérant avec elle et ne disparaissant qu'autant que celle-ci tend à se modifier. D'où découle naturellement la conséquence pratique qu'on ne peut guérir l'ophthalmie scrofuleuse par propagation cutanée qu'à la condition indispensable de traiter en même temps la lésion de la peau dont elle n'est qu'une fraction. Mackensie disait que l'ophthalmie scrofuleuse était une maladie qui affectait la conjonctive, non comme une membrane muqueuse, mais comme continuation de la peau sur l'œil. Un autre rapport d'une très-grande importance est celui qui existe entre les affections cutanées à sécrétion abondante et l'ophthalmie scrofuleuse. Ce rapport peut être désigné par les mots d'*alternance* ou de *compensation*. Ce fait clinique avait été très-bien remarqué et décrit par Wardrop, comme nous le dirons à l'occasion des dartres. Il consiste en une liaison qui a pour résultat une sorte d'équilibre entre les phases plus ou moins aiguës de l'ophthalmie et l'abondance, la diminution ou l'arrêt de la sécrétion morbide et de la sécrétion cutanée. Ainsi, par exemple, dans le cours d'une ophthalmie scrofuleuse coïncidant avec un impétigo du cuir chevelu à un mo-

ment donné, la sécrétion de l'impétigo venant subitement à s'accroître, les phénomènes oculaires auront au contraire, leur rémission aussi complète qu'instantanée, et *vice versâ*. Il se passe, dans ces derniers cas, un fait analogue à celui qui s'observe dans les otorrhées scrofuleuses. Il est, en effet, commun de rencontrer, pendant le cours de la seconde enfance, des écoulements purulents plus ou moins abondants fournis par le conduit auditif externe dont le liquide sécrété subit chez le même individu des variations considérables sous le rapport de la quantité, de l'odeur, de l'aspect, etc. Ces variations, chez les scrofuleux et chez les dartreux, ont des liaisons intimes avec les changements survenus dans la sécrétion d'impétigo scrofuleux ou dans la sécrétion de dartres humides concomitantes.

Dans quelques cas, il se produit sur la face une inflammation eczémateuse ou pustuleuse, qui est secondaire et ne peut être confondue avec les affections cutanées primitives, lesquelles peuvent être cause et non point effet d'une ophthalmie. Nous voulons parler de l'éruption sur les joues qui succède à l'abondance et à l'âcreté des larmes sécrétées dans certains cas de photophobie excessive.

TRAITEMENT DES MALADIES SCROFULEUSES.

Tous les médecins connaissent les difficultés qui surgissent à l'occasion du traitement des maladies scrofuleuses. On se souvient que Celse a dit : *Strumæ*

vel præcipuè medicos fatigare solent. Une de ces difficultés consiste à savoir faire la part de la thérapeutique au milieu des formes de la scrofule, des influences annuelles qui modifient périodiquement certaines affections scrofuleuses et, enfin, la part de la révolution si énergique et si complète qu'apporte avec elle la puberté. Néanmoins il serait très-erroné de nier l'action incontestable de la thérapeutique; car, s'il n'est pas facile de guérir la maladie, on peut au moins souvent faire disparaître certaines localisations cutanées ou autres.

C'est surtout ici que l'hygiène acquiert sa plus haute importance. C'est presque à elle seule, pour ainsi dire, qu'il faut s'adresser pour obtenir une amélioration chez les scrofuleux. L'aération, les bains de mer chauds, les bains sulfureux, l'hydrothérapie, l'exercice musculaire au soleil, la vie des champs avec une nourriture analeptique sont les meilleurs moyens à employer pendant des années pour les améliorer. La scrofule est, en effet, un des premiers effets de la dégradation des races; elle entraîne avec elle tant d'autres altérations secondaires et primordiales qu'on comprend sans peine qu'il soit difficile de rétablir l'équilibre normal dans des organisations aussi profondément modifiées. Parmi les médications les plus généralement employées, nous citerons les préparations d'iode, en commençant par 0,2 centigrammes pendant la première quinzaine, en augmentant progressivement jusqu'à près d'un grain, sans dépasser cette dose. Les bains iodurés, dans lesquels l'iode est dis-

sous avec association d'iodure de potassium, sont également d'un secours puissant. L'hydrochlorate de chaux, l'hydrochlorate de baryte, le sous-carbonate de soude, le quinquina, le fer et ses composés ont été tour à tour successivement prônés comme très-efficaces dans les scrofules. Les tisanes amères faites avec la gentiane, le houblon, etc., sont encore journellement employées. Depuis plusieurs années, les feuilles de noyer et le sirop de noyer semblent partager cette faveur presque populaire actuellement. L'huile de poisson, si efficace dans le rachitisme, a été donnée et est encore donnée par beaucoup de médecins d'une façon presque exclusive. Toutes ces médications comptent des succès; mais, il faut l'avouer, ceux-ci ne sont obtenus que lorsqu'on a su y joindre l'hygiène avec toutes ses ressources. Le traitement local des tubercules et des ulcères scrofuleux est une partie très-importante, comme le témoignaient les succès de Baudelocque; il consiste surtout dans les soins particuliers des ulcères scrofuleux, des tubercules, des cicatrices. Les surfaces ulcérées doivent être lavées fréquemment, avivées par des cautérisations, les bords décollés doivent être, ainsi que les fongosités, soigneusement excisés.

A. **Traitement du lupus.** — Outre les médications internes propres à combattre le tempérament scrofuleux, chacune des variétés du lupus offre des indications particulières. Rarement on assiste au développement du lupus *exedens*, la maladie est habituellement plus avancée, il s'agit le plus souvent de

modérer le progrès des ulcérations. Les principaux caustiques sont le nitrate d'argent, la potasse, le beurre d'antimoine, le nitrate acide de mercure, le cautère actuel, les poudres et les pâtes arsenicales. Les cautérisations ne doivent point être pratiquées sans de grands ménagements : il faut cautériser d'abord un point très-circonscrit, puis, successivement, arriver à toucher toute la surface.

L'un des meilleurs caustiques est, sans contredit, le nitrate acide de mercure ; il offre des avantages sur les autres par sa facilité à être appliqué ainsi que par son énergie. Néanmoins il provoque des douleurs très-vives et, immédiatement après son application, les surfaces touchées deviennent d'un blanc grisâtre, il se forme des croûtes jaunes peu adhérentes qui se détachent d'elles-mêmes après un ou deux septénaires. Dans les lupus peu étendus chez les enfants, M. Rayer conseille de saupoudrer les surfaces ulcérées, dépouillées de croûtes, avec la poudre de Dupuytren (1) (protochlorure de mercure 99 parties, acide arsénieux 1 partie). D'après ce maître célèbre, ce remède, qui agit plutôt comme spécifique que comme caustique, doit être employé de la manière suivante : La surface du lupus est-elle ulcérée, humide et nettoyée, on la saupoudre avec une petite houppe chargée de la poudre ci-dessus indiquée, de façon à la couvrir d'une couche épaisse d'un millimètre au plus. Cette surface est-elle couverte d'une croûte? Il faut la faire

(1) Rayer, *Maladies de la peau*, t. II, p. 209.

tomber au moyen de cataplasmes, puis on saupoudre l'ulcère comme il vient d'être dit. Enfin, l'ulcération est-elle actuellement couverte d'une cicatrice imparfaite, on saupoudre la surface de l'ulcération qui, a cessé d'être saignante. Craint-on que la poudre n'adhère pas assez fortement aux parties, et qu'elle ne soit entraînée ou enlevée, on peut la délayer avec de l'eau de gomme ou l'incorporer avec l'onguent rosat. Dans ce cas, il faut augmenter d'un ou deux centièmes la dose de l'acide arsénieux. Dans tous les cas, il faut attendre que la poudre ou la pommade tombe d'elle-même, ce qui arrive ordinairement au bout de huit à dix jours, et renouveler les applications jusqu'à guérison complète ; elle a lieu quelquefois après huit ou dix semaines ou cinq ou six applications. »

On sait que les pâtes arsenicales ne peuvent être appliquées avec une entière sécurité qu'autant qu'on prévient sûrement leur introduction dans les fosses nasales. Malgré les précautions, il arrive néanmoins parfois un retentissement plus ou moins intense sur l'économie par l'effet de l'absorption arsenicale.

L'huile animale de Dippel est un caustique excessivement faible qui peut, cependant, rendre quelques services ; son action est aussi faible que de courte durée. Elle adhère à la peau en la séchant, et trouve surtout son emploi dans les parties où les caustiques énergiques ne pourraient agir sans danger, comme au pourtour des orifices, tels que la bouche, les narines.

Le lupus *non exedens* offre plus de résistance que la forme précédente aux agents curatifs. Un grand nombre de moyens ont été administrés intérieurement : ainsi, par exemple, l'huile animale de Dippel a été administrée à la dose de 5 à 6 gouttes pour commencer, la tisane de Feltz et la solution de Pearson, celle de Fowler, les pilules asiatiques, etc., sans avoir montré une action bien évidente sur la marche ultérieure de cette cruelle affection. M. Rayer dit : Le *deuto-iodure de mercure*, administré tous les jours à la dose d'un quatorzième ou d'un dixième de grain, élevé successivement jusqu'à un cinquième de grain, est de tous les remèdes que j'ai fait prendre à l'*intérieur*, le seul qui m'ait paru exercer une influence incontestable sur la marche des tubercules du lupus *non exedens*. Après un mois ou deux d'emploi de ce remède, les parties couvertes de tubercules deviennent souvent douloureuses : à la suite d'une sorte d'inflammation locale intestine, quelquefois accompagnée d'un mouvement fébrile vague et irrégulier, les tubercules s'affaissent et plusieurs disparaissent complétement. Après un ou trois mois d'usage du deuto-iodure de mercure, les malades doivent s'en abstenir pendant quelque temps et en essayer de nouveau l'influence à diverses reprises. Indépendamment de l'action incontestable que ce remède exerce sur les tubercules existants, il agit non moins favorablement sur la constitution en empêchant ou en arrêtant complétement la formation de nouveaux tubercules. Cependant, malgré le soin que j'ai apporté dans son admi-

nistration, l'attention que j'ai mise à en surveiller les effets, j'ai vu quelquefois survenir des symptômes d'inflammation du gros intestin qui m'ont obligé d'*en suspendre ou même d'en abandonner l'usage.* » Combien cette dernière remarque doit rendre réservé sur l'emploi et les doses de ce médicament chez les enfants!

Les principaux remèdes extérieurs employés sont : l'iodure de soufre (iodure de soufre, 1 gramme; axonge, 30 grammes); le proto-iodure de mercure (proto-iodure de mercure, 2 grammes; axonge, 30 grammes); le deuto-iodure de mercure (deuto-iodure de mercure, 1 gramme; axonge, 30 grammes). Ces pommades sont employées en onctions. Sous leur influence, la peau rougit, les tubercules s'animent, puis, quelquefois, ils s'affaissent et disparaissent. Un des résultats de tous ces moyens excitants, caustiques ou autres, est l'érysipèle. Or, on sait combien cette phlegmasie intercurrente peut modifier certaines affections cutanées, surtout le lupus, les chancres phagédéniques, l'ichthyose et le psoriasis. C'est pourquoi d'habiles dermatologistes, frappés de l'action énergiquement curative que peut prendre l'érysipèle, ont cherché à le provoquer, et, chose remarquable, l'apparition de cet exanthème est beaucoup plus fréquente dans certaines maladies que dans d'autres. Ainsi, tandis qu'il est fort difficile de le faire naître dans les affections syphilitiques, on le voit survenir spontanément, à certains moments, dans le cours du lupus.

M. le docteur Hardy, de l'hôpital Saint-Louis, à qui l'étude des maladies cutanées doit une si heureuse

impulsion, emploie très-habituellement, comme moyen provocateur de l'érysipèle, une pommade au bi-iodure de mercure (parties égales de bi-iodure et d'axonge). M. Ricord fait de semblables tentatives dans tous les cas de chancres phagédéniques, exprimant ainsi sa pensée : *L'érysipèle est le spécifique du phagédénisme*, aussi bien que le mercure est le spécifique de la syphilis. Cette *substitution* naturelle et spontanée est un des faits les plus heureux qui puissent hâter et terminer la marche habituellement si longue et si cruelle des diverses espèces de lupus. Mais, avant de terminer la nomenclature du plus grand nombre des moyens internes et externes qui ont été successivement tentés avec plus ou moins de succès, nous ne devons pas oublier l'emploi de l'huile de foie de morue à haute dose, dont les résultats ont été, il y a plusieurs années, vraiment très-extraordinaires. Nous n'oserions pas affirmer que cet agent, d'un usage si répandu de nos jours, fut toujours à la hauteur de l'enthousiasme que ces guérisons avaient dû provoquer.

B. **Traitement de l'impétigo du cuir chevelu.** — Pour l'impétigo, comme pour les autres manifestations scrofuleuses, le traitement doit être général, tout autant que local. Les martiaux, les toniques, l'insolation, la gymnastique, l'eau froide, etc., rempliront la première indication. Le traitement local consiste d'abord à couper les cheveux aussi court que possible. Baudelocque se servait d'hyposulfite de chaux en application pendant trois à cinq minutes pour raser les cheveux d'une façon aussi nette et aussi

régulière que la barbe la mieux faite. Souvent, après avoir renouvelé cette opération plusieurs fois, suivie de lotions savonneuses journalières, des impétigos de médiocre intensité disparaissaient rapidement. Dans les cas plus tenaces, lorsque, après l'application de la pommade d'hyposulfite de chaux, il existait des plaques ulcérées considérables, l'emploi d'une pommade au goudron était suivie des meilleurs résultats. Quand l'éruption est peu étendue, il suffit souvent de couper les cheveux très-court à l'aide de ciseaux dans les points mêmes où le mal est localisé, de faire tomber les eschares avec des cataplasmes émollients ou l'application quotidienne d'axonge fraîche aidée de soins et de propreté convenables pour guérir en quelques semaines. Dans les cas graves, lorsque la constitution laisse beaucoup à désirer, les eaux sulfureuses, telles que Baréges, Cauterets, etc., ont une double action très-énergique. Il importe tellement de modifier l'état général qu'il arrive que les bains de mer seuls guérissent merveilleusement l'impétigo granulé le plus intense, en modifiant l'économie tout entière. Nous avons fréquemment employé les cautérisations sur les plaques d'impétigo, soit avec le nitrate d'argent, soit avec la teinture d'iode presque pure. L'usage du nitrate d'argent, sauf les cas où il existe des ulcérations grises et blafardes, n'avait en général qu'un médiocre résultat. Il n'en était pas de même pour la solution iodée qui avait, cependant, l'inconvénient de déterminer des douleurs assez vives

C. **Traitement de l'impétigo du visage.** —

Dans la forme aiguë, l'impétigo ne réclame que des lotions émollientes, comme l'eau de guimauve, le lait tiède, la décoction de pavots, etc. Les bains, les cataplasmes, etc., sont journellement employés avec avantage.

Dans la forme chronique, les lotions sulfureuses, les lotions alcalines, les douches de vapeur, les cautérisations, dans le but d'aviver les surfaces excoriées atoniques, seront recommandées. Mais c'est surtout dans cette forme chronique de l'impétigo du visage que la médication tonique générale doit être employée avec persistance et énergie, d'autant plus que cette lésion, à expressions multiples, est intimement liée à la diathèse scrofuleuse.

CINQUIÈME CLASSE.

DARTRES.

Nous rassemblons, sous le nom générique de *dartres*, un certain nombre d'affections cutanées présentant des caractères communs. Il est vrai que leur similitude ne se trouve pas dans la lésion anatomique ni dans les formes extérieures, puisqu'on rencontre dans ce groupe des affections vésiculeuses, papuleuses et squameuses. Il est incontestable qu'il existe des rapports entre quelques affections de la peau et certains états particuliers de l'économie. Or, lorsqu'on étudie ces quelques maladies cutanées survenant habituellement sans cause extérieure appréciable, on constate une ressemblance intime qui se révèle par la lenteur de la marche, l'hérédité, la fréquence des récidives et, enfin, par leur mélange qui, parfois, s'opère, quand elles sont passées à l'état chronique. De là les dénominations d'eczéma lichénoïde, d'eczéma impétigineux, etc. Fréquemment encore, il arrive que ces affections cutanées, sans se mêler entre elles, offrent sur le même sujet des successions qui permettent, par exemple,

à un lichen de remplacer un eczéma l'année suivante, etc. Les médecins de tous les temps, d'accord en cela avec l'opinion vulgaire, ont été conduits à penser que les maladies cutanées, ayant ces caractères communs, étaient sous la dépendance d'états particuliers de la constitution qui, dans ces circonstances, prennent, sous la plume d'un assez grand nombre d'auteurs, le nom de *constitution dartreuse*.

Il faut se rappeler qu'en France le mot *dartres* a été, presque jusqu'à notre siècle, synonyme d'affection chronique de la peau. Pour Pierre Franck les dartres étaient celles qui s'étendent au réseau muqueux et au derme, par opposition au porrigo qui n'attaque que l'épiderme. L'expression de dartres, qui paraît à certains médecins avoir fait son temps, a été vivement attaquée par des auteurs modernes qui l'accusaient d'admettre implicitement un *virus* ou *principe dartreux*. Sans admettre de principe dartreux, on ne peut s'empêcher de reconnaître que certaines éruptions héréditaires ne sont pas des maladies ayant une existence indépendante. Chacun peut constater qu'elles se combinent souvent, qu'elles se succèdent et qu'on doit les admettre comme des affections symptomatiques d'états généraux particuliers. Il en est des affections dartreuses comme des éruptions cutanées syphilitiques, elles ont un lien commun, des allures identiques. Il est très-vrai que dans l'affection syphilitique, le lien commun est d'une évidence tellement grande qu'elle a forcé la main à tous les dermatologistes modernes, qui, malgré leur esprit d'analyse et l'étroitesse de la classification,

ont été obligés de les réunir en un groupe véritablement clinique.

Et même nous dirons plus, nous croyons qu'il est possible, en suivant cette voie, de démontrer l'existence d'affections cutanées avec leurs caractères distinctifs appartenant à telle ou telle diathèse, par exemple, scorbutique, rhumatismale, goutteuse, etc. Peut-être même quelques-unes des affections appelées par nous dartreuses sont-elles l'expression de quelques-unes de ces grandes maladies, appelées rhumatisme, goutte, comme bon nombre de faits chez l'adulte tendraient à le faire croire?

SECTION I. — PRURIGO.

Le prurigo est caractérisé anatomiquement par des papules ayant la couleur de la peau, s'accompagnant de vives démangeaisons.

Ces papules sont le plus souvent très-promptement écorchées par les ongles des malades, ce qui produit de très-petites croûtes noirâtres adhérentes aux débris de la papule elle-même.

Lorsque les croûtes, qui sont presque toujours circulaires, perdent leur adhérence, elles laissent temporairement sur la peau des taches jaunâtres représentant exactement leurs petites dimensions.

Cette affection cutanée est une des plus rares à rencontrer chez l'enfant. Elle n'apparaît jamais ou presque jamais pendant la période de la première enfance, ce n'est que vers la seconde; encore ne se montre-t-elle

que dans certaines conditions spéciales, telles que la misère, la malpropreté et souvent succédant à un état maladif antérieur.

Le prurigo chez les jeunes sujets n'a pas, comme chez l'adulte et chez le vieillard, une tendance à se localiser dans certaines régions pour se perpétuer. Aussi ne voit-on point des faits analogues à ce qui se rencontre à un âge plus avancé et qu'on a désigné sous le nom de *prurigo scroti, prurigo podicis, prurigo pudendi muliebris*. Généralement chez les enfants cette éruption se développe à la fois ou successivement sur toute la surface du corps, affectant cependant de préférence les parties dorsales ou postérieures du tronc et des membres. Un des faits les plus saillants du prurigo, c'est sans contredit la démangeaison qui est ici presque continuelle, mais s'exaspérant fréquemment sous des influences diverses telles que les mouvements violents, la pression des vêtements, la chaleur du lit, etc. : de là l'épithète de *formicans*. Souvent l'éruption papuleuse se complique de furfures épidermiques ou de croûtes plus ou moins volumineuses succédant aux violences exercées contre la peau par suite d'un prurit intolérable qui se manifeste parfois sur certaines parties du corps où, chose singulière, les papules sont rares, où même elles manquent absolument. La durée de cette éruption est en général assez courte; ce n'est pas ici, comme chez l'adulte et surtout le vieillard, une affection à marche essentiellement chronique. Elle n'est pas en général très-rebelle, mais, comme toutes les maladies dartreuses, il est fréquent de la voir récidiver chez le même malade,

Ordinairement, chez les adultes et chez les vieillards, le prurigo détermine, lorsqu'il a existé longtemps, un épaississement et une rudesse marquée de la peau. Il n'en est pas de même chez l'enfant, sa durée étant en général de quelques semaines ou tout au plus de quelques mois ; il disparaît le plus souvent sans avoir laissé des traces cutanées durables.

Le diagnostic du prurigo est toujours facile, il est impossible de le confondre avec les affections strophuleuses à cause de la différence des âges. L'eczéma et la gale peuvent dans certaines circonstances offrir quelques ressemblances lointaines, mais avec la différence de lésion, le prurigo étant caractérisé par une papule tandis que la gale et l'eczéma sont constitués par des vésicules ; l'erreur ne sera jamais possible. On peut toujours, en regardant avec attention retrouver quelques vésicules non encore rompues, et d'ailleurs les papules du prurigo, qui conservent la couleur de la peau, présentent, une fois déchirées, une croûte noirâtre, formée par une gouttelette de sang desséché, tandis que les vésicules de la gale sont transparentes quand elles sont encore intactes, et, une fois déchirées, elles sont le plus souvent remplacées par une croûte irrégulière, mince et jaunâtre. Le prurigo se manifeste surtout sur le dos et la partie externe des membres, tandis que l'eczéma et la gale apparaissent aux parties du corps où la peau est fine et souple, comme la partie antérieure du tronc, les plis articulaires, les aisselles, les aines, l'intervalle des doigts. La gale est contagieuse, le prurigo ne l'est jamais. Le prurit dans la gale est

presque continu; dans le prurigo, les exacerbations sont beaucoup plus tranchées. Il est plus difficile de séparer nettement cette affection de celle appelée lichen, qui, comme le prurigo, se caractérise anatomiquement par des papules; mais dans le lichen les papules sont plus petites, elles sont en général rouges, animées, et quand elles ont été excoriées, elles fournissent un suintement séreux, sanguinolent caractéristique. Le prurit du prurigo est plus intense, celui du lichen est en général borné à une sorte de chatouillement prurigineux incommode.

SECTION II. — LICHEN.

Le lichen est une affection caractérisée par l'éruption simultanée ou successive de papules éparses sur toute la région du corps ou dispersées en groupes sur quelques points ordinairement très-limités. Les dermatologistes ont décrit de nombreuses espèces qui ne se rencontrent pas généralement chez l'enfant. Chez celui-ci, le lichen paraît être une maladie chronique ne se montrant que dans la seconde enfance. La similitude de la lésion a fait admettre son identité avec le strophulus dont il diffère à plusieurs titres, et nous verrons plus tard que le prurit, commun au prurigo, au stropulus et au lichen, ainsi qu'à d'autres lésions cutanées très-différentes par l'anatomie pathologique, ne peut pas suffire pour rapprocher ces diverses lésions dans le même groupe.

Le lichen simplex chronique apparaît le plus souvent d'une façon brusque sans symptômes généraux fébriles, mais précédé habituellement d'un léger prurit, puis les papules apparaissent lentement; elles sont petites, globuleuses, rappellent un peu ce qu'on appelle vulgairement la chair de poule; elles sont parfois un peu enflammées, c'est-à-dire un peu rouges, bien qu'elles soient quelquefois acuminées; elles ne contiennent ni pus ni sérosité. Après une durée très-variable, quelquefois un septénaire, d'autres fois très-longtemps après leur apparition, elles disparaissent en se terminant par une desquamation légère. Ce lichen simplex peut ainsi, par des éruptions papuleuses, successives et individuelles, persister des mois et des années entières. Dans cette forme la santé des enfants n'est en général nullement troublée. Si la lésion cutanée prend des proportions plus intenses, que les papules se montrent plus rapprochées et plus prurigineuses, les démangeaisons les fonte xcorier, par les ongles des malades et une légère exsudation séro-sanguinolente s'échappe des papules. La peau dans ces cas perd un peu de sa souplesse et devient rugueuse avec une desquamation plus ou moins considérable. Mais ce qui, de beaucoup, s'observe le plus fréquemment dans la seconde enfance, c'est la transformation d'un lichen simplex chronique en un *lichen agrius*.

Le lichen agrius peut, chez les enfants de même que chez l'adulte, apparaître d'emblée tout seul d'une façon aiguë, mais le plus fréquemment il suit, ou mieux il

s'établit après avoir été précédé d'une éruption générale de lichen simplex dont il n'est, pour ainsi dire, qu'une exagération pathologique.

Il s'annonce par des papules saillantes et rapprochées, acuminées, prurigineuses, d'un rouge vif. Ces papules sont groupées irrégulièrement sur une surface cutanée, érythémateuse que circonscrit une sorte de zone rouge enflammée. Toute cette surface est le siége d'une démangeaison brûlante avec tension douloureuse. Ces sensations s'exaspèrent généralement vers le soir ou la nuit; alors les malades s'écorchent cruellement avec leurs ongles. A la suite des déchirures qui résultent de ces violences, la surface laisse suinter un liquide séro-sanguinolent qu'on peut voir sourdre en abondance du sommet des papules excoriées. L'écoulement ne tarde pas à se concréter sous la forme de croûtes molles, jaunâtres, généralement peu adhérentes.

C'est cette lésion cutanée qu'Alibert a décrite sous le nom de *dartre squameuse humide*. La peau où se montre cette variété de lichen prend, au bout d'une certaine durée de l'éruption, un caractère spécial pathognomonique : elle devient sèche, rugueuse, fendillée par des rides profondes, surtout lorsqu'elle siége aux plis cutanés, dans le voisinage des articulations ; souvent même lorsqu'elle persiste depuis plusieurs mois par des poussées papuleuses successives, cette surface prend une coloration brune particulière, parfois très-foncée, qui a fait dire à certains auteurs que le lichen était surtout une lésion de l'appareil

chromatogène. Il arrive encore fréquemment que cette éruption ne se montre pas aussi grave et aussi persistante; elle se révèle alors par de petits groupes généralement arrondis de papules serrées les unes contre les autres dont le prurit et la durée sont moindres que dans les cas précédents. Ces groupes lichénoïdes apparaissent de préférence sur les faces externes des avant-bras, les faces dorsales des mains, au devant de la poitrine, etc.

Généralement le lichen offre une marche chronique; il ne se montre jamais pendant la première enfance. Lorsque les malades sont issus de dartreux, on peut assister à ses premiers développements dans les premières années de la seconde enfance, ou le plus souvent il apparaît avec des récidives plus ou moins fréquentes. Par moments il prend une allure aiguë dans laquelle on peut voir survenir manifestement des vésicules au milieu des papules. Ces cas généralement sérieux peuvent à certains moments causer quelques incertitudes dans le diagnostic. Mais jamais dans l'eczéma, la peau n'arrive à cette coloration brune du lichen chronique. Au contraire, les surfaces eczémateuses sont tendues, luisantes, rouges, et jamais on ne peut surprendre la présence même passagère d'une papule.

Dans les lichens anciens il s'établit une véritable desquamation persistante de la surface malade qui a pu faire croire à l'existence d'un psoriasis; mais dans cette dernière affection il n'existe aucun prurit, et d'ailleurs les squames sont larges, blanches, brillantes, et se reproduisent avec une abondance et une énergie

caractéristiques. Le pronostic du lichen est loin d'être aussi grave chez l'enfant que chez l'adulte et le vieillard; on n'y rencontre jamais ou presque jamais cette espèce appelée *lichen lividus* qui n'est autre chose que le lichen cachectique. Souvent même on voit des enfants de 7 à 15 ans parfaitement portants ayant le teint et les allures de la santé, présentant soit des plaques plus ou moins nombreuses de *lichen agrius*, soit un *lichen simplex* général.

De même que pour le prurigo, il est excessivement rare chez l'enfant de rencontrer ces lichens si rebelles et dont le pronostic est quelquefois fâcheux pour les adultes ou les vieillards; lichen et prurigo qui s'établissent avec une ténacité désespérante autour de l'anus ou des organes génitaux. Il est également très-rare de rencontrer du lichen dans le cuir chevelu; sur le visage, au contraire, sous la forme bénigne de plaques lichénoïdes circonscrites, il a pu faire croire à l'existence de l'herpès circinné; mais nous verrons à l'occasion de cette dernière affection combien l'erreur est difficile.

SECTION III. — ECZÉMA.

L'eczéma est une affection dartreuse caractérisée à son début par de petites vésicules non proéminentes, très-rapprochées les unes des autres, qui sont le plus souvent accompagnées de prurit, de suintement, d'excoriations et de squames.

On décrit chez l'adulte trois formes principales

d'eczéma : l'*eczema simplex*, l'*eczema rubrum*, l'*eczema impetiginodes*. Chez l'enfant, cette maladie cutanée se présente avec de notables différences comparée à ce qui s'observe à d'autres âges.

Ainsi nous avons cherché à montrer quelle était la physionomie des achores, et à combien de titres cette espèce méritait une description spéciale. C'est pourtant à elle que sont empruntés tous les traits attribués à l'eczéma des jeunes enfants, sous le nom d'*eczéma impétigineux*.

Pour nous il existe pendant l'allaitement la maladie appelée achores. Plus tard, au commencement de la deuxième enfance, l'*eczema simplex*, et enfin pendant toute la seconde enfance jusqu'à la puberté l'eczéma du cuir chevelu avec ses deux formes bien nettement accusées. Si on veut rechercher attentivement quelques séparations possibles, entre ce qui se décrit chez les enfants à la mamelle sous les noms d'achores et sous les noms d'eczéma de la face et du cuir chevelu et d'eczéma impétigineux, on verra que ces dénominations et ces descriptions ont évidemment les mêmes faits pour point de départ. Or, il est difficile de ne pas reconnaître que les achores ont quelque chose de spécial et que cette désignation isolée a sa raison d'être. Par cela même, on juge la question qui consiste à joindre aux achores, chez l'enfant nouveau-né, tout ce que les auteurs ont décrit chez lui, à l'occasion des diverses formes de l'eczéma. Et néanmoins, il peut exister, pendant la première enfance, une affection cutanée qui se rapproche autant que possible

des descriptions de l'*eczema simplex* de l'adulte.

Elle s'accompagne généralement d'un peu de malaise et même de troubles plus sérieux, comme fièvre, diarrhée, puis à peu près en même temps il survient sur certaines parties du corps de petites vésicules répandues çà et là, tantôt par groupes, tantôt isolées. Ces vésicules acuminées sont indolentes, sans rougeur bien marquée à la base, elles offrent une transparence remarquable; si on les déchire, il s'en échappe une sérosité limpide. Après quelques jours de durée, la sérosité se trouble, les vésicules s'affaissent et la guérison ne tarde pas à survenir. Dans une forme plus fréquente et plus sérieuse, l'*eczema simplex* est beaucoup plus circonscrit. Il apparaît par des éruptions successives sur une surface rouge, enflammée, luisante, couverte de vésicules rapprochées qui laissent suinter une sérosité parfaitement incolore, laquelle donne aux vésicules l'aspect d'une miliaire. Au bout d'un certain nombre de jours la sérosité s'épaissit, devient trouble, les vésicules s'affaissent, se rompent, et la guérison peut survenir par une desquamation furfuracée, ou l'affection se renouveler par de nouvelles éruptions vésiculaires. Le plus souvent cet *eczema simplex* n'occupe qu'une petite partie du corps comme par exemple tout un membre, le bras, la main, le pied, etc. Mais dans quelques cas très-rares, alors fort graves, l'affection cutanée se généralise sous cette forme par des éruptions successives et presque toujours des phénomènes généraux fâcheux ne tardent pas à rendre la maladie mortelle par sa généralisation même.

Ce n'est que vers la puberté ou de dix à quinze ans qu'on rencontre des exemples d'eczéma chronique des membres, ressemblant plus ou moins à ce qu'on rencontre chez l'adulte; mais jamais chez les enfants on ne constate l'eczéma de l'anus ou des parties génitales ayant la ténacité et la gravité de ce qui s'observe dans l'âge mûr et chez le vieillard. Par contre, l'enfant subit l'eczéma du cuir chevelu avec des particularités qui en font presque une maladie qui lui est propre.

Eczéma du cuir chevelu.

Nous avons essayé, à l'article Achores, de montrer comment cette maladie de la première enfance, pouvait être perpétuée par des éruptions qui, à mesure que l'enfant grandit, changent de caractères anatomiques, pour revêtir elles-mêmes les formes qu'affectent habituellement les éléments cutanés de telle ou telle diathèse. Ainsi, par exemple, un gros et bel enfant, issu de parents lymphatiques, peut avoir une éruption abondante d'achores persistants pendant toute la lactation, et comme cela se voit fréquemment si les conditions hygiéniques défavorables viennent entraver la continuité de cette belle santé, l'enfant aura vite tous les caractères d'une constitution lymphatique qui, la mauvaise hygiène aidant, ne tardera pas à s'exagérer; et rapidement la maladie des achores mal éteinte se transformera successivement à chaque poussée en des manifestations d'impétigo scrofuleux.

Dans la diathèse dartreuse les faits sont exactement les mêmes. Un enfant gros et fort, issu de parents dartreux ou goutteux, peut avoir des achores pendant tout son allaitement, puis, après des guérisons passagères, plus ou moins nombreuses, on peut assister, à mesure que l'enfant avance en âge, à une véritable transformation des achores en des maladies exclusivement dartreuses, parmi lesquelles les plus fréquentes sont : l'eczéma et le lichen. C'est ainsi que l'eczéma du cuir chevelu semble continuer souvent les achores.

L'eczéma du cuir chevelu a deux formes très-distinctes, l'*eczéma humide* et l'*eczéma squameux*, qui méritent une description spéciale, bien que chacune de ces formes ne soit qu'une expression analogue de la même diathèse dartreuse.

Ces deux formes ont été longtemps confondues avec ce qu'on désignait sous le nom mal défini de *teignes*. D'ailleurs il suffit d'étudier ces variétés de l'eczéma pour comprendre combien la confusion est facile, surtout à certains moments de l'éruption où les éléments anatomiques ne présentent pas tous leurs caractères et où parfois même ils semblent se confondre. Mais en suivant ces affections cutanées, dans leurs diverses phases de début et de déclin et suivant les âges, les erreurs ne sont plus possibles.

L'eczéma humide du cuir chevelu est souvent dans la seconde enfance, nous l'avons déjà dit, la suite des achores; les croûtes de cette dernière affection ont perdu peu à peu leur caractère. Aux pustules succèdent des vésicules qui se groupent irrégulièrement

et se présentent remplies par une sérosité parfaitement limpide.

La rupture de ces vésicules laisse écouler ce liquide dont le suintement plus ou moins abondant mouille et colle sans cesse les cheveux. De là l'odeur fade particulière qu'exhalent souvent les malades. Lorsque l'eczéma présente quelque étendue, il existe le plus souvent, sur certaines parties, des croûtes molles, jaunâtres, rappelant un peu la disposition squameuse. Si l'on examine le cuir chevelu lui-même, on le trouve turgescent, avec des points rouges vifs, comme écorchés, accompagnés d'un prurit moins violent que dans les affections lichénoïdes, mais qui cependant porte les malades à se gratter autant que la tension douloureuse de ces parties le permet. Cet état d'acuïté n'est pas constant, l'état inflammatoire tombe ; mais sous des influences nombreuses découlant du régime, du genre de vie, des maladies, de la constitution, etc., il survient des poussées nouvelles de vésicules avec tous les phénomènes ultérieurs. Lorsque la maladie est déjà ancienne ou qu'elle se rapproche trop des achores, la forme eczémateuse est moins pure ; il existe des pustules, de là le nom d'eczéma impétigineux, ce qui n'ajoute rien à la physionomie de l'affection si ce n'est des croûtes plus tenaces, plus épaisses, fendillées, dont les fissures laissent suinter l'écoulement séro-purulent et fétide. Il arrive, par suite de la durée de cette large ulcération sécrétante qui parfois couvre tout le cuir chevelu, des phénomènes secondaires qui sont sous sa dépendance, tels

par exemple que l'altération des cheveux, ceux-ci perdent leur souplesse et leur brillant, ils deviennent ternes et à la longue finissent par diminuer notablement. Souvent aussi les ganglions cervicaux s'enflamment d'une façon plus ou moins chronique. Lorsque l'eczéma humide marche vers la guérison, le suintement diminue, les croûtes deviennent moins adhérentes, et l'humidité est le plus souvent remplacée par ce qu'on pourrait appeler la période pityriasique de l'eczéma. Le cuir chevelu se couvre pendant un temps plus ou moins long de petites lamelles squameuses, grisâtres, sèches, qui finissent par ne plus se reproduire.

La durée de cette affection est très-variable chez les enfants issus de dartreux et dartreux eux-mêmes; elle peut durer une grande partie de l'enfance, pour ne guérir qu'à la puberté et quelquefois plus tard. Cette ténacité d'ailleurs ne se rencontre guère que chez ceux qui sont élevés misérablement et dénués de toute espèce de soins de propreté. Il est commun de voir chez de tels malades coexister avec l'eczéma du cuir chevelu, d'autres affections dartreuses, telles que lichen, *eczema simplex*, prurigo, ichthyose, etc.; cette affection n'a jamais paru avoir de propriété contagieuse et l'alopécie qui l'accompagne parfois n'est pas définitive.

On conçoit facilement que c'est à l'occasion de l'eczéma humide, chronique, du cuir chevelu dont l'écoulement considérable est en quelque sorte une fonction physiologique que des auteurs de tous les temps ont signalé les dangers d'une brusque sup-

pression du liquide exhalé. Sans aucun doute il se peut qu'on ait beaucoup exagéré ces faits et qu'on ait même très-souvent attribué à cette disparition des accidents auxquels elle était complétement étrangère. Mais néanmoins pour tous les esprits non prévenus il y a là une source féconde d'indications pathogéniques et thérapeutiques. Il s'établit incontestablement chez les enfants, entre l'eczéma humide du cuir chevelu et les affections cutanées ou des muqueuses voisines, certains rapports d'équilibre ou de balancement, comme nous le dirons plus loin et comme nous l'avons déjà dit à l'occasion des affections cutanées scrofuleuses du visage.

Il existe actuellement à l'hôpital des Enfants malades, dans les salles du service du docteur Sée, un jeune garçon de six ans, atteint d'une affection dartreuse du visage ; chaque fois qu'on a fait disparaître la dartre, le petit malade a été en proie à de violentes attaques d'asthme.

L'eczéma squameux du cuir chevelu a été parfaitement décrit sous le nom de porrigine amiantacée, par Alibert qui s'est servi des exemples nombreux recueillis par lui-même et de ceux plus nombreux encore rencontrés par les frères Mahon. Cette variété d'eczéma du cuir chevelu est relativement assez rare, mais elle a un aspect tellement saisissant qu'on ne peut la méconnaître.

Elle se manifeste par des écailles luisantes, argentées, unissant et séparant tout à la fois les cheveux par petites mèches qu'elles enveloppent dans toute leur

longueur. Alibert a comparé avec beaucoup de justesse ces écailles *micacées* aux pellicules minces qui engaînent les plumes naissantes des jeunes oiseaux, ou mieux encore à la substance appelée *amiante*.

Le cuir chevelu se trouve habituellement couvert plus ou moins par ces mèches ainsi engaînées dans ces enveloppes sèches et brillantes. Cette affection occupe de préférence la partie supérieure et antérieure de la tête. Lorsqu'on examine le cuir chevelu, on le trouve, à certains moments, rouge, légèrement enflammé et sillonné par des gerçures. L'illustre dermatologiste que nous venons de citer a provoqué jusqu'à seize fois chez un même malade la séparation de la sécrétion morbide, par l'action des cataplasmes. Ce produit pathologique se reproduisit constamment sous forme d'*écailles convolutées* avec leur aspect soyeux et chatoyant.

Il arrive parfois dans l'eczéma squameux de rencontrer un suintement beaucoup moins prononcé que dans la forme humide, mais qui cependant contraste vivement avec la sécheresse habituelle de la forme squameuse. Sous l'influence des démangeaisons, qui parfois sont assez vives, les malades se grattent et font des excoriations sur le cuir chevelu : de là une source de suintement qui a pu faire croire à des retours de la forme squameuse vers l'espèce humide. Car souvent, en effet, l'eczéma squameux est la suite de l'eczéma humide, dont il ne serait pour ainsi dire qu'une manière d'être. Néanmoins nous avons vu plusieurs fois cette forme exister avec tous ses carac-

tères très-tranchés, sans avoir jamais, au dire des malades et de leurs parents, offert l'écoulement si facile à constater de l'eczéma humide.

Cette variété, la plus rare des affections du cuir chevelu, est généralement très-rebelle et par cela même elle amène parfois une alopécie plus ou moins considérable, mais qui le plus souvent n'est point une alopécie définitive.

Elle n'est point une maladie de la première enfance. Jamais nous ne l'avons rencontrée sur des sujets âgés de moins de sept à huit ans. Nous n'avons jamais également rencontré, dans cette forme, des sortes de *jetées* de l'affection du cuir chevelu vers la face et les oreilles, comme cela se rencontre si fréquemment dans l'eczéma humide du cuir chevelu.

SECTION IV. — LÈPRE.

La lèpre est une affection cutanée éminemment *squameuse*, caractérisée par la production sur les surfaces malades de plaques écailleuses plus ou moins larges. Les surfaces ainsi altérées décrivent des disques saillants arrondis ou ovalaires dont le centre est sain.

Le fait principal de l'affection à laquelle les dermatologistes modernes ont, d'après Willan, réservé le nom de lèpre est dans la sécrétion pathologique de l'épiderme, d'où il résulte que tant que la maladie persiste, les surfaces malades sécrètent des lames sèches, brillantes, plus ou moins épaisses.

Le début est signalé par des points rouges légère-

ment saillants, d'apparence papuleuse, qui se recouvrent promptement, en s'élargissant, de petites écailles épidermiques blanches, dont la chute est annoncée par des démangeaisons. Après plusieurs dépouillements successifs de ces écailles ou squames, il est facile de constater l'accroissement rapide de ces points écailleux. L'agrandissement se fait d'une façon caractéristique ; il s'opère toujours suivant la forme circulaire en modifiant son centre qui paraît sain et légèrement déprimé à cause de la saillie parfois très-prononcée, de la circonférence de la plaque. Ces disques ont des dimensions très-variables ; mais nous n'en avons jamais vu chez des enfants d'aussi larges que ceux qui se montrent chez les adultes.

Les squames se superposent surtout à la circonférence des plaques et deviennent de plus en plus épaisses, de manière à former une couche proéminente. Lorsqu'elles sont tombées et que la maladie est ancienne, la peau sous-jacente peut être sillonnée de crevasses, mais généralement les petites surfaces rondes ainsi recouvertes par les squames sont, après leur chute, rouges, luisantes et dépassant légèrement le niveau de la peau saine qui les entoure.

La reproduction morbide de ces squames est incessante ; aussitôt tombées, il en surgit de nouvelles qui paraissent même par leur production hâtive favoriser la chute des écailles encore en place. Généralement, la lèpre n'offre pas, chez les enfants, tous les caractères extérieurs qui sont décrits chez l'adulte et le vieillard. Ainsi les plaques, comme nous l'avons

dit, sont moins étendues, les squames sont plus blanches, moins larges et moins proéminentes. L'accroissement de la maladie se fait peut-être avec plus de lenteur et ces légères différences rapprochent la lèpre de certains aspects du psoriasis. Ce n'est qu'au moment de la puberté où la plupart des affections cutanées infantiles perdent leurs caractères propres, que la lèpre prend toute la manière d'être qu'elle affecte chez l'adulte.

Jamais la lèpre n'a été signalée pendant la première enfance, ce n'est que dans la seconde ; encore les exemples en sont-ils plus fréquents après sept ans.

La lèpre est, dans l'enfance comme aux autres âges, quelquefois bornée aux coudes et aux genoux. Le plus souvent elle se montre à la fois sur les deux jambes et sur les deux bras ; rarement, au contraire, elle apparaît sur le cuir chevelu, les mains; on l'a constatée sur les tempes, aux angles externes des orbites. Le tronc n'en est nullement exempt et quelques auteurs avancent mention que sur la partie inférieure du ventre, les plaques lépreuses sont plus nombreuses et plus proéminentes.

La durée de la lèpre est toujours considérable, elle persiste souvent pendant plusieurs années où, chez l'enfant comme chez l'adulte, elle paraît avoir des périodes annuelles pendant lesquelles il semble que la guérison complète va survenir, mais l'état antérieur se reproduit promptement. D'autres fois elle disparaît régulièrement chaque année au printemps, pour revenir en automne.

Il existe dans la lèpre comme dans le psoriasis, une particularité qui paraît inhérente à la constitution des dartreux affectés des formes sèches et squameuses. C'est une sécheresse habituelle de toute la surface cutanée ; la sueur est chez ces malades difficile à obtenir même après un exercice violent.

SECTION V. — PSORIASIS.

Le psoriasis est une maladie chronique de la peau, bornée à une région du corps ou étendue à presque toute sa surface, se présentant sous la forme de papules qui se transforment en plaques squameuses, de dimensions variées, non déprimées à leur centre et dont les bords sont ordinairement irréguliers et peu proéminents.

Chacun sait que le psoriasis a été étudié chez l'adulte sous quatre formes distinctes : 1° Le *psoriasis guttata ;* 2° le *psoriasis gyrata ;* 3° le *psoriasis diffusa ;* 4° le *psoriasis inveterata.*

Chez l'enfant, ces quatre espèces ne se trouvent pas aussi nettement caractérisées, et de plus il existe chez lui, assez fréquemment, une forme bien décrite récemment par le docteur Cazenave, le *psoriasis capitis* (1).

L'espèce qui se rencontre le plus souvent est celle dite *discrète* ou *psoriasis guttata.* Elle débute habituellement par un certain nombre de papules et de petites plaques squameuses discrètes de 2 à 4 lignes

(1) *Traité des maladies du cuir chevelu.* Paris, 1850, p. 147.

de diamètre, dont l'apparence a été comparée par Willan à de grosses gouttes d'eau projetées sur la peau. Chacune de ces plaques squameuses ou papules se couvre bientôt d'écailles sèches d'un blanc mat. Ces plaques sont légèrement proéminentes dans leur centre et se trouvent assez éloignées les unes des autres.

La guérison, lorsqu'elle s'opère, se fait de même que dans la lèpre, du centre à la circonférence des plaques et à mesure que la guérison s'accomplit, les plaques se transforment en segments ou en petits arcs de cercle. De même que le prurigo, le psoriasis occupe de préférence la partie postérieure des membres. Lorsque l'affection est moins discrète, qu'il existe des plaques plus larges et plus rapprochées, elle prend alors de la ressemblance avec l'espèce appelée *psoriasis diffusa*, qui consiste en une éruption plus grave dont les plaques sont plus étendues, irrégulières, avec des squames plus ou moins épaisses. C'est ainsi qu'elle commence à paraître autour des articulations, aux coudes, aux genoux, pour envahir en se propageant des surfaces parfois très-étendues. Cette forme est rare chez l'enfant, et l'espèce dite *inveterata* ne se rencontre jamais ou presque jamais. Il en est à peu près de même des variétés de psoriasis admises d'après le siége exclusif qu'il peut occuper, telles que : le *psoriasis scroti*, le *psoriasis unguium*, le *psoriasis præputialis*, le *psoriasis palmaria*, etc.

Seul, le *psoriasis capitis* paraît avoir une certaine importance comme fréquence et comme difficulté de diagnostic.

Le *psoriasis capitis* se caractérise comme le décrit M. Cazenave, par des plaques squameuses, légèrement élevées au-dessus du niveau de la peau, sèches, d'un blanc chatoyant, irrégulières, plus ou moins étendues, le plus ordinairement confluentes et disposées de manière à former des surfaces continues : elles sont séparées en une multitude de petits îlots divisés par des intervalles ou interstices d'où s'échappe, en grande abondance, une poudre menue, blanchâtre, sèche et chatoyante. Au cuir chevelu le psoriasis a une forme et une allure uniques, il prend constamment l'aspect du *psoriasis diffusa*, quelle que soit la forme coexistante du psoriasis sur le reste du corps. Il arrive fréquemment dans le psoriasis du cuir chevelu que l'affection s'avance de quelques centimètres sur le front, les joues, la nuque. Tandis que le psoriasis du corps n'éveille jamais de démangeaisons, celui du cuir chevelu, au contraire, est parfois l'occasion de démangeaisons fort vives. L'alopécie peut être la conséquence de cette affection lorsqu'il y a une inflammation plus ou moins étendue; ou lorsque l'éruption squameuse est très-confluente avec une longue durée de la maladie, les cheveux avant de tomber restent longtemps lanugineux, grêles, décolorés. Jamais cette alopécie consécutive n'est sans retour, car le cuir chevelu, après la guérison, retrouve tous ses caractères antérieurs.

SECTION VI. — PITYRIASIS.

Le pityriasis est une inflammation chronique de la peau qui se caractérise par des taches rouges sur lesquelles s'établit une desquamation plus ou moins persistante de l'épiderme.

Le pityriasis peut être local ou général. Sous cette dernière forme il se rencontre d'une façon très-exceptionnelle.

Il commence par des plaques érythémateuses très-superficielles avec des démangeaisons vives. Ces taches cutanées sont légèrement enflammées, rouges, sensibles à la pression, donnant le sentiment d'une certaine tension, à laquelle le tissu cellulaire sous-cutané semble prendre part. Cette rougeur et ce gonflement sont difficiles à saisir au cuir chevelu, mais sur le reste du corps ils sont toujours appréciables. Après quelques jours de durée la rougeur et la tension tombent, l'épiderme se fendille, et dès lors la desquamation régulière commence.

Celle-ci se fait par petites lames foliacées épidermiques ; elles sont formées par l'épiderme non épaissi, avec une étendue de 3 ou 4 lignes de diamètre. Leur dimension varie suivant le lieu où l'épiderme se détache, à la partie postérieure du tronc et des membres, les pellicules ont plus de largeur. Sur les points du corps où cette exfoliation vient de se détacher, il est facile de constater une certaine rougeur

qui s'accompagne parfois d'un suintement séreux, analogue à celui de l'eczéma.

Lorsque le suintement prend quelque accroissement, le diagnostic peut offrir des doutes momentanément. Le prurit existe parfois dans le pityriasis, aussi marqué que dans les affections eczémateuses et lichénoïdes. Il se rencontre à tous les âges de l'enfance, mais jamais il ne se montre général, à forme grave comme on en voit de rares exemples chez l'adulte. Il est vrai qu'on n'accepte nullement comme du pityriasis, l'*exfoliation naturelle* que présente la peau des nouveau-nés quelques jours après la naissance.

Cette affection est fréquemment locale et toujours d'un pronostic favorable, surtout lorsqu'elle se borne à de petites surfaces, ce qui constitue une maladie de peu d'importance malgré la tendance aux récidives. Il est assez rare chez l'enfant de rencontrer cette desquamation s'accompagnant, comme cela se voit chez l'adulte, d'une coloration anormale de tissus : ce qui a fait décrire deux espèces : le *pityriasis nigra* et le *pityriasis versicolor*.

Nous avons vu de curieux exemples d'un pityriasis local. Dans une famille composée de dix enfants, trois filles et sept garçons, chacun de ces derniers était pris vers l'âge de quatre à cinq ans d'un pityriasis palmaire persistant ; l'épiderme de la paume des mains et des doigts s'exfoliait sans cesse en lamelles allongées.

Le *pityriasis capitis*, autrefois connu sous le nom

de *furfures*, est aujourd'hui nettement séparé des affections qui peuvent le simuler, depuis les travaux de Willan et de Biett. Cependant il semble encore exister quelque confusion à l'égard de ce qui se passe chez les jeunes enfants, comme nous le dirons après avoir décrit les caractères du *pityriasis capitis*. Cette affection est une véritable inflammation chronique du cuir chevelu dont le fait caractéristique est une abondante desquamation sans suintement et suivie plus ou moins rapidement d'alopécie. Les démangeaisons paraissent être le premier symptôme : l'action de gratter fait d'abord tomber une quantité minime de lamelles épidermiques, mais qui bientôt deviennent très-abondantes et se renouvellent avec une promptitude surprenante.

Les pellicules furfuracées siégent à la base du cheveu auquel elles semblent former comme une sorte de gaîne; elles sont sèches et parsèment toute la chevelure comme si on y avait projeté du son. Cette affection pourrait être confondue avec la période pityriasique de l'eczéma; mais celle-ci n'est en effet qu'une période dans une maladie chronique du cuir chevelu; c'est un état transitoire qui souvent précède la guérison, tandis que le pityriasis a sa manière et son allure propres sans changements notables, et d'ailleurs l'abondance de la desquamation est bien plus considérable dans cette dernière affection.

Il y a aussi quelques ressemblances entre le *pityriasis capitis* et l'eczéma squameux; mais dans ce dernier les lamelles sont plus considérables, elles n'ont pas

le siége spécial à la base du cheveu, leur production n'est pas aussi rapide. L'alopécie diffère également dans le pityriasis; les cheveux deviennent rares, ils tombent sans altération bien évidente, tandis que dans l'eczéma squameux, ils se ternissent, ils semblent lanugineux avant de disparaître.

Cette affection prend, à mesure qu'on la rencontre chez des sujets s'approchant de la puberté, les caractères qui se trouvent chez l'adulte, mais pendant la seconde enfance, elle se développe souvent sur la partie antérieure de la tête et descend sur le front et les tempes. On la voit se localiser sur les paupières, de là, gagner les bords ciliaires, amener la chute des cils, et provoquer une inflammation de la conjonctive. De pareils faits ont été décrits pour les lèvres et la muqueuse buccale. La plupart des auteurs rapprochent du *pityriasis capitis* ce qui se passe sur la tête des enfants nouveau-nés. C'est là, suivant nous, une erreur fondée sur une ressemblance grossière entre les furfures pityriasiques et les lamelles écailleuses, irrégulières, blanches ou roussâtres, qui adhèrent plus ou moins fortement au cuir chevelu, pendant les premiers mois de la lactation.

Cette erreur s'explique encore par la traduction qui a été faite du mot *lactamen*, et qu'on applique à l'espèce de croûte écailleuse qui se rencontre sur la tête d'un très-grand nombre d'enfants nouveau-nés.

Cette *crasse* du cuir chevelu qui, dans aucun cas, ne saurait être considérée comme une maladie, n'est qu'un composé de petites écailles formant une ma-

tière jaunâtre caséeuse assez épaisse, dure, déposée à la partie antérieure et supérieure de la tête. Cette croûte forme quelquefois une sorte de calotte unique qui semble s'épaissir par une sécrétion du cuir chevelu, jusqu'à ce qu'elle ait atteint une certaine consistance. Puis, au bout d'un temps variable, elle perd peu à peu ses adhérences, et souvent il existe sous elle une sorte d'exsudation développant une humidité constante avec une odeur fétide *sui generis*. C'est là ce que les nourrices appellent encore *croûte de lait* ou *chapeau*. Beaucoup d'enfants conservent cette sorte de couche sébacée pendant toute la durée de la lactation. Lorsqu'on cherche à la faire tomber, elle ne tarde pas à renaître, à moins que des frictions n'interviennent chaque jour. Cette production n'a rien de pathologique; c'est une sécrétion sans travail morbide apparent; aussi les mères et les nourrices se gardent-elles de la faire disparaître par des soins de propreté trop fréquemment renouvelés, obéissant en cela au préjugé qui consiste à respecter tout ce qui porte le nom si vague et si confus de *gourmes*.

SECTION VII. — ICHTHYOSE.

L'histoire de l'ichthyose a été depuis peu de temps singulièrement abrégée. La plupart des auteurs, en admettant son identité avec les *productions accidentelles* de la peau, l'ont rangée parmi les *anomalies* et les *monstruosités*. S'il est vrai de dire qu'elle paraît être constituée par une lésion, dans la sécrétion de la ma-

tière épidermique, il n'est pas exact de limiter à cela seul toute cette maladie. Car, de même que dans la lèpre et le psoriasis, les ichthyosiques ont pour ainsi dire une suppression de la transpiration cutanée, qui ne s'exerce alors que sur les points non affectés. Il n'y a donc pas là qu'une seule lésion épidermique.

L'ichthyose est, il est vrai, souvent congénitale, mais elle est accidentelle et acquise. De plus, elle est héréditaire, comme les autres affections dartreuses. Quelques auteurs disent : Elle est héréditaire à la façon des monstruosités, des anomalies. On doit répondre qu'elle est beaucoup plus fatalement héréditaire et qu'en cela elle se rapproche des autres affections dartreuses. Enfin, elle est plus fréquente dans certaines contrées que dans d'autres ; par exemple, le Berry en France contient un assez grand nombre d'ichthyoses. L'argument le plus fort qui puisse être invoqué, c'est qu'avec l'hypothèse d'une monstruosité, le praticien ne tente aucun moyen, et il existe dans la science des exemples irrécusables d'ichthyoses guéries.

L'ichthyose, bornée à une seule région, ou étendue à presque toute la surface du corps, se caractérise par un développement particulier de l'épiderme, qui semble plissé, écailleux à la façon des écailles de poisson. Quand elle est générale, le visage, les mains et les pieds, les aines, les aisselles sont habituellement intacts ; aussi c'est sur ces seuls points que s'exerce la transpiration cutanée. Cette maladie, habituellement héréditaire, qui paraît affecter un plus grand nombre de garçons que de filles, est peu apparente au moment de

la naissance ; cependant les nouveau-nés, qui doivent plus tard en être atteints, ne présentent pas la finesse de la peau, qui se remarque chez les enfants, elle semble sèche et terne. Dans les premiers mois de l'existence, tout le corps se couvre de petites furfures épidermiques inégales, grisâtres, toute la peau offre une certaine rudesse insolite à cet âge. Parfois, cet état demi-ichthyosique s'arrête là pendant une longue partie de l'existence pour se caractériser davantage en vieillissant. Lorsque l'altération est plus rapide, elle paraît dans le premier ou le second mois, et déjà elle peut prendre tous ses caractères, tels qu'ils seront le reste de la vie. L'ichthyose varie dans ses caractères anatomiques et selon qu'ils sont plus ou moins accusés, elle a reçu des noms différents ; aussi les auteurs en décrivent-ils trois espèces : l'*ichthyose nacrée*, l'*ichthyose cornée*, l'*ichthyose cyprine*.

L'ichthyose nacrée s'annonce dans les premiers mois de la naissance par une desquamation furfuracée ; l'épiderme se renouvelle plusieurs fois plus ou moins régulièrement, puis les écailles caractéristiques font leur apparition sur les avant-bras, les jambes, les cuisses, l'abdomen, etc.

Ces écailles peuvent être épaisses ou minces : épaisses, leur teinte est plus foncée, et quelquefois elles paraissent imbriquées à la façon des écailles de poisson. Quand elles sont minces, elles sont en général d'un blanc nacré, petites et bornées par des lignes se coupant à angles droits comme les très-petites rides naturelles de la peau. Ces altérations de l'épiderme peu-

vent prendre les ressemblances les plus étranges et les aspects les plus surprenants; quelques auteurs ont comparé les exemples qu'ils avaient sous les yeux, les uns à la peau de l'éléphant, du rhinocéros, les autres à l'écorce d'un vieil arbre. C'est surtout l'ichthyose cornée, qui par ces excroissances cuticulaires, dont la forme varie selon la disposition des régions qu'elles occupent, qui a frappé vivement l'attention du médecin et des gens du monde.

L'ichthyose peut être accidentelle ; elle paraît avoir alors un ensemble de causes qui ne sont pas connues. Alibert fait remarquer que la plupart de ses malades atteints de cette affection étaient des mendiants, ayant longtemps souffert d'une mauvaise alimentation.

L'ichthyose générale ou partielle est sans démangeaisons, elle ne semble provoquer aucun trouble notable dans la santé, malgré la perturbation apportée dans la perspiration cutanée.

Cette disposition intime de la peau devrait *à priori* faire croire à l'impossibilité de certaines affections cutanées, et pourtant il n'en est rien. Ainsi, le docteur Rayer a cité l'exemple d'un jeune homme de 23 ans, affecté d'une ichthyose générale, qui a succombé à une variole. Les maladies générales ont également une action sur l'apparence de l'ichthyose qui peut se modifier considérablement pour apparaître de nouveau après la guérison.

Le diagnostic n'offre jamais d'hésitations; l'analogie avec les maladies squameuses, bien qu'établie par les dermatologues anglais, est pourtant assez éloignée. Chez le nouveau-né, dans la première semaine géné-

ralement, la peau se dépouille de son épiderme, mais cette exfoliation est d'une courte durée, et le tissu cutané ne tarde pas à offrir ses caractères normaux.

SECTION VIII. — DARTRES DES MEMBRANES MUQUEUSES.

Nous avons déjà essayé de montrer les rapports de *continuité*, d'*alternance* ou de *compensation* qui pouvaient exister entre des affections cutanées fluentes et certaines affections des muqueuses. A l'occasion des dartres, nous devons rappeler combien les muqueuses voisines du système cutané participent aux lésions dartreuses. C'est pourquoi les anciens auteurs, même en dehors d'explications humorales, admettaient l'existence de *dartres internes*. D'ailleurs, nous voyons sans cesse les exanthèmes fébriles, l'érysipèle, la variole, la rougeole, la scarlatine, frapper aussi vivement les muqueuses buccales, oculaires, nasales, etc., que tout le reste du système cutané. M. le docteur Rayer dit (1) : « L'herpès envahit souvent les lèvres ; le zona peut se « propager à l'intérieur de la bouche, les aphthes qui se « développent dans la bouche et le pharynx paraissent « aussi analogues à l'herpès. J'ai vu l'eczéma borné à « la membrane muqueuse des lèvres, et pénétrant « dans l'intérieur de la bouche ; il se montre sur celles « du mamelon, du pénis, de la vulve et à la marge de « l'anus. J'ai vu des coryzas chroniques et très-rebelles « accompagnés d'un flux et d'un prurit nasal très-con-

(1) *Traité théorique et pratique des maladies de la peau.* Tome III, p. 707.

« sidérable, qui s'étaient développés chez des individus « antérieurement affectés d'eczéma. » Tout récemment ces vérités cliniques ont reçu de savantes démonstrations par deux auteurs bien connus : MM. Noël Guéneau de Mussy et Gubler, l'un dans la description de l'angine glanduleuse, et le dernier dans l'angine herpétique. A l'occasion des maladies dartreuses du visage, il surgit des considérations analogues à celles que nous avons présentées à propos des affections impétigineuses de la scrofule.

Il est trop fréquent en effet de rencontrer des dartres sur le cuir chevelu et le visage d'enfants pleins de santé, qui à aucun moment de leur vie ne présenteront de signes de scrofules, pour ne pas admettre que dans quelques cas les dartres sont essentielles et que l'ophthalmie qui les accompagne n'est que dartreuse. Ce fait d'ailleurs est admis cliniquement par les oculistes allemands qui étudient chaque affection de l'œil à ce point de vue. Ce qui leur a permis de constater des différences locales en rapport avec les maladies dont l'affection de l'œil n'est souvent qu'un symptôme. Si nous avons déjà vu que dans certaine lésion impétigineuse du visage chez des scrofuleux l'affection cutanée envahissait la conjonctive, pareille chose s'opère chez les dartreux : ce que le professeur Trousseau exprime d'une façon frappante en disant que les enfants ont la dartre sur l'œil. Que cette affection herpétique soit de nature dartreuse ou scrofuleuse, les rapports sont les mêmes, bien que ces deux espèces d'ophthalmie présentent des caractères spé-

ciaux. Le diagnostic de ces affections cutanées une fois établi, la thérapeutique doit se fonder surtout d'après les rapports établis avec la dartre, ce qui peut se résumer comme le fait le docteur Becquet (1) :

1° La guérison de l'*ophthalmie par propagation* est liée à celle de la dartre qui l'accompagne.

2° L'*ophthalmie par compensation* ne tend à guérir que par le rappel de la dartre concomitante.

TRAITEMENT DES DARTRES.

La thérapeutique des affections cutanées réunies dans le groupe des dartres offre une certaine similitude. C'est pourquoi nous parlerons du traitement des principales d'entre elles en les réunissant selon l'identité des indications.

A. **Traitement du prurigo et du lichen.** — Les bains émollients ou sulfureux sont en général prescrits dans ces deux maladies; la combinaison des premiers, associés avec les bains sulfureux, par l'addition de la gélatine au sulfure de potasse, ou en alternant l'usage de ces bains, suffit souvent pour achever la guérison.

L'usage des pommades mercurielles ou sulfureuses a en général peu d'action. L'emploi du sublimé sous la forme de bain a, au contraire, une influence salutaire plus énergique. Les moyens généraux employés chez l'adulte sont nombreux; mais on sait que les variétés si cruelles du prurigo local font complétement défaut chez l'enfant; aussi chez ce dernier les principales

(1) *Thèse.* — Paris, 1852.

médications usitées sont : les boissons délayantes telles que le petit-lait, l'eau de veau, les décoctions légères d'orge, de chiendent, les limonades, etc. Lorsque l'affection se perpétue, il faut souvent agir sur l'intestin à l'aide du calomel. Quelques auteurs prescrivent les décoctions de bardane, de fumeterre, de centaurée, etc. Quand le lichen a provoqué un certain épaississement de la peau, les douches et les bains de vapeur ont également du succès.

Enfin les préparations arsenicales sont des moyens qu'il faut savoir employer dans certains cas rebelles et chroniques, quoique cette substance soit réputée avoir moins d'action dans les affections papuleuses que dans d'autres formes. On sait que M. Cazenave a rattaché avec une grande vérité d'observation l'histoire des *hypéresthésies locales* et *générales* aux affections nerveuses, dans lesquelles le prurit est une véritable névralgie en même temps qu'un tourment pour les malades. Mais chez l'enfant l'élément prurigineux se retrouve à peu près dans la plupart de ses affections cutanées, sans cependant prendre l'apparence de l'hypéresthésie essentiellement nerveuse qui se voit assez fréquemment chez l'adulte.

B. **Traitement de l'eczéma.** — L'influence du régime est considérable dans la production et dans la guérison de certaines affections cutanées, en particulier de l'eczéma. Dans la forme aiguë les applications émollientes consisteront en topiques tels que les cataplasmes de fécule de pomme de terre qu'on aura le soin de ne pas laisser appliqués trop longtemps pour

éviter une macération inutile. Lorsque l'acuïté a disparu, il faut user de bains légèrement alcalins ou savonneux. M. Cazenave recommande de se servir autant que possible de topiques secs, tels que l'amidon, la farine de riz, qui surtout sont indiqués dans la forme chronique.

M. Rayer demande que chez les enfants atteints d'eczéma du cuir chevelu et de la peau, lorsqu'on fait usage de cataplasmes, on ait soin de sécher soigneusement la tête et de la tenir bien couverte, surtout les premiers jours; si l'on omet cette précaution, il survient des ophthalmies ou des otites plus ou moins graves. Dans les cas chroniques de peu d'intensité, l'eczéma peut céder à l'emploi de boissons acidulées, aidées de bains gélatineux. Lorsque l'affection est plus invétérée, les sulfureux à l'intérieur, quelquefois même une saison aux bains de mer apportent un soulagement considérable. Chez l'adulte les purgatifs sont fréquemment d'un grand secours pour combattre l'eczéma; il n'en est pas de même chez l'enfant où ils sont en général mal supportés, quand on est obligé d'y revenir plusieurs fois de suite.

Dans le cas où cette affection a produit un certain degré d'hypertrophie, comme cela arrive assez souvent aux oreilles, il faut user de douches de vapeur aqueuses, dont la durée ne doit pas en général dépasser quelques minutes.

Dans l'eczéma de petite dimension avec une tendance exagérée au suintement, le goudron ou mieux l'huile de cade pure ou associée à des corps gras sous

forme de liniment, rend parfois des surfaces eczémateuses très-rapidement sèches. L'eau phagédénique jaune, composée ainsi qu'il suit :

Bichlorure de mercure.	0,10 centigr.
Eau de chaux.	20 gr.

est dans le même cas. Il se produit un précipité jaune de bi-oxyde de mercure hydraté; deux ou trois cuillerées à bouche de cette mixture suffisent dans un verre d'eau très-chaude pour lotions (Trousseau).

Enfin, l'arsenic est quelquefois un médicament auquel il faut recourir dans les cas les plus rebelles qui ne se rencontrent, il est vrai, que chez des enfants voisins de l'adolescence, où alors ces préparations ont moins d'inconvénients qu'à tout autre âge de l'enfance. M. Cazenave a souvent obtenu ainsi des résultats inespérés chez l'adulte; il préfère se servir de la solution de Pearson qu'il administre à la dose de 1 à 4 grammes par jour dans un sirop amer ou sudorifique.

Nous avons été témoin d'amélioration considérable, suivie même quelquefois de guérison complète, sous l'influence de bains de sublimé.

C. **Traitement de la lèpre et du psoriasis.**— Le traitement et le régime de ces deux maladies qui ont entre elles tant d'analogie doivent être dirigés d'après l'état plus ou moins enflammé de la peau. Il faut se rappeler qu'un certain nombre de lèpres et de psoriasis apparaissent tous les ans vers l'automne, pour disparaître spontanément au printemps. Chacun connaît les fréquentes récidives des dartres en général et

particulièrement celles de la lèpre et du psoriasis. Les moyens préconisés contre ces maladies sont excessivement nombreux. Pour essayer de faire connaître les principaux, il faut les diviser en moyens locaux et généraux. Aux derniers se rattachent : la teinture de cantharides, l'iodure de potassium, les préparations arsenicales, le baume de copahu, les préparations antimoniales, mercurielles, sulfureuses, les purgatifs, les sudorifiques.

Parmi les préparations arsenicales les plus usitées sont:

1° La solution de Fowler. — *Arsénite de potasse.*

2° La solution de Pearson. — *Arséniate de soude.*

3° La *liqueur arsenicale* de Biett :

Arséniate d'ammoniaque.....	4 décigrammes.
Eau distillée.....	200 grammes.

4° Les *pilules asiatiques:*

Acide arsénieux.....	5 centigrammes.
Poivre noir.....	60 —
Gomme arabique en poudre.	1 gramme.
Eau.....	Q. S.

(Divisez en 12 pilules)

5° M. Hardy emploie la formule suivante :

Acide arsénieux.....	5 centigrammes.
Eau.....	220 grammes.

Chaque cuillerée à bouche égale un seizième de grain d'acide arsénieux. On comprend combien il est facile pour des enfants voisins de l'adolescence d'user de ce dernier moyen dont on peut facilement do-

ser les minimes quantités de l'agent toxique. Des praticiens éminents n'emploient pas indifféremment telle ou telle formule : ainsi, par exemple, M. Cazenave préfère dans la lèpre vulgaire, le *psoriasis circinnata*, la liqueur de Fowler. Tantôt c'est la constitution du sujet et l'étendue des lésions qui règlent son choix. Chez les individus jeunes, irritables, il préfère la solution de Pearson, réservant les pilules asiatiques pour les formes rebelles. Ainsi il dit : « Je préfère ordinairement la solution de Pearson comme étant plus douce et plus facile à manier, mais il est parfois utile de varier ces différentes préparations, car l'une réussit souvent là où l'autre reste inefficace, sans qu'on puisse se rendre compte de cette différence qui n'est pas toujours en rapport avec leur plus ou moins d'énergie absolue. »

On est habitué à considérer l'enfance comme une contre-indication expresse à l'emploi des préparations arsenicales. Cependant la lèpre et le psoriasis ne frappent guère les jeunes sujets que dans le cours de la troisième enfance. A cet âge, lorsque les voies digestives sont bonnes, qu'il existe, comme cela arrive le plus souvent chez les dartreux, une certaine vigueur, nous pensons que ces préparations données avec tous les ménagements qu'impose la gravité d'accidents possibles, n'offrent pas d'inconvénients, du moins, nous n'en avons jamais vu survenir.

La teinture de cantharides a été préconisée par Biett à l'hôpital Saint-Louis. Il y a trois teintures : l'éthérée, l'alcoolique et la teinture acétique. La tein-

ture alcoolique est la seule employée à l'intérieur; on commence par 2 ou 3 gouttes par jour dans un julep. Cette médication demande beaucoup de surveillance à cause de l'action toute spéciale de la cantharidine sur les organes génito-urinaires. MM. Trousseau et Pidoux (1) font remarquer que ce médicament agit mieux et plus promptement chez les femmes, chez les individus jeunes, sanguins, actifs, que chez ceux qui sont débiles.

Les préparations sulfureuses ont une action favorable dans certaines formes bénignes du psoriasis, tandis que dans les formes rebelles et invétérées, souvent elles paraissent parfaitement inertes.

Les médications purgatives et sudorifiques ne jouent dans le traitement de ces maladies qu'un rôle véritablement secondaire, ou mieux elles ne sont employées qu'à titre d'adjuvants plus ou moins nécessaires, suivant les cas individuels. Les préparations antimoniales et mercurielles sont également fort peu employées, leur action favorable étant au moins douteuse.

Il n'en est pas de même d'une médication toute récente, découverte par M. le professeur Hardy. Nous voulons parler du baume de copahu pris à l'intérieur dans le cas de psoriasis. Un des internes de l'habile médecin de Saint-Louis, M. Dupuy, a publié en 1857, une thèse sur ce sujet, à laquelle nous empruntons ces détails. M. Hardy commence en général par la dose de 3 grammes environ, puis pendant la durée

(1) *Traité de thérapeutique et de matière médicale*. Paris 1857.

du traitement, il l'élève à 4 et 6 grammes. Le copahu s'administre le matin à jeun et dans l'intervalle des repas. Sur douze observations de guérisons rapidement obtenues dans une année, M. Dupuy a noté les phénomènes résultant de l'action du copahu. Une seule fois les squames ont été modifiées dans leur coloration. Lorsque les écailles épidermiques se détachent, la peau subjacente est généralement saine, quelquefois encore un peu rouge. Dans un seul cas, une sorte de vitiligo partiel a accompagné la chute des squames ; le psoriasis en plaques se convertit en psoriasis circinné, la guérison commençant par le centre de la plaque, et le circinné se transforme lui-même en guttata. Dans les affections dartreuses en voie de guérison, le plus habituellement celle-ci marche de haut en bas ; il n'en est rien pour les psoriasis traités par le baume de copahu. L'amélioration est souvent plus marquée aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs et d'une manière générale ; le mieux se déclare d'abord dans les points les plus légèrement atteints et de là converge, pour ainsi dire, vers les lieux d'élection. La diarrhée, presque toujours très-bien supportée par les malades, s'est montrée dans les deux tiers des cas. L'érythème copahique n'est survenu qu'une seule fois.

Voici les conclusions de la thèse du docteur Dupuy :

Le baume de copahu paraît supérieur à la médication topique et par les arsenicaux, au point de vue de la lésion locale.

Son influence sur la diathèse reste encore à déterminer.

La médication topique doit généralement lui être associée, mais il peut, dans certains cas, s'en passer.

Certains cas de psoriasis sont rebelles à l'action du copahu comme à celle de tous les autres médicaments.

La récidive peut avoir lieu après la guérison par le baume de copahu.

Le baume de copahu ne guérit point le psoriasis par la loi des semblables, ni par une action irritante, substitutive ou dérivative.

Le baume de copahu guérit le psoriasis par une action spécifique.

La médication externe comprend les diverses pommades, les bains et l'hydrothérapie.

Les principales pommades sont celles formées avec le goudron, l'huile de Cade, la naphtaline concrète et les pommades alcalines, sulfureuses, mercurielles (entre autres, l'iodure de chlorure mercureux du docteur Rochard), enfin les pommades blanches (axonge, etc.).

Les bains simples médicamenteux et les bains de vapeur sont une puissante ressource dans le traitement de la lèpre et du psoriasis. Les bains simples sont rendus plus émollients par l'addition de la gélatine ou de l'amidon ; ils conviennent pour calmer l'excitation de la peau dans les formes aiguës ; ils doivent être prolongés et secondés par l'application de corps gras dont on enduit légèrement toutes les parties malades.

Parmi les bains sulfureux naturels, les plus fréquemment prescrits sont : Barèges, Bagnères de Luchon, Aix-la-Chapelle, Urriage, etc. Les bains de vapeur, en favorisant les fonctions cutanées, sont un moyen auxiliaire très-puissant.

Enfin nous avons été témoin, à l'hôpital des enfants, de guérisons assez rapidement obtenues par l'usage quoditien de bains de sublimé.

D. **Traitement du pityriasis.** — On sait combien le pityriasis général est rare chez l'enfant ; celui du cuir chevelu, quoique moins exceptionnel, est pourtant encore très-peu fréquemment rencontré. En général, des lotions émollientes ou des onctions faites avec l'axonge, aidées de bains alcalins ou de bains de vapeurs, suffisent pour obtenir la guérison. Il faut avant tout éviter les excitations trop fréquentes par le peigne.

Quand le pityriasis est rebelle, le docteur Cazenave conseille l'emploi de douches en arrosoir capillaire dirigées sur la tête pendant dix minutes, en variant la composition de l'eau suivant l'état plus ou moins enflammé du cuir chevelu. Il se sert également avec avantage d'une pommade ainsi composée :

Calomélas.....	2	grammes.
Camphre.....	20	—
Axonge.....	30	—

ou encore d'une pommade au soufre :

Soufre sublimé.....	4	grammes.
Cérat de Galien.....	30	—

Les onctions doivent être faites le soir, et chaque matin on fait laver avec une eau légèrement savonneuse, ou tout simplement avec de l'eau de son tiède (1).

E. **Traitement de l'ichthyose.** — Dans l'ichthyose *générale*, les applications émollientes longtemps continuées, les frictions légères, les lotions mucilagineuses et adoucissantes, les bains tièdes fréquemment répétés ou alternés avec les bains de vapeur aqueuse, de même les bains alcalins, de manière à n'apporter aucun dérangement dans l'exercice des principales fonctions, sont utilement employés pour débarrasser la peau des squames qui la recouvrent et la maintenir dans un état voisin de son organisation naturelle. Bateman a essayé, sans succès, l'action des emplâtres, les lotions et les topiques stimulants contre l'ichthyose *générale*. M. Coulson paraît avoir été plus heureux par des lotions faites avec une solution de sublimé. La peau, dans ce cas particulier, devient raide et tendue. Au bout de huit jours les lotions furent remplacées par un liniment composé d'onguent de nitrate de mercure et d'une once d'huile d'olives, avec lequel le malade se faisait des onctions trois fois par jour. La guérison fut obtenue. (Rayer, *Maladies de la peau.*)

Bateman assure qu'une jeune fille, atteinte de légères squames qui occupaient généralement le crâne, les épaules et les bras, a été guérie par la solution arsenicale et que dans deux autres cas cette préparation a été essayée sans succès. (Rayer.)

(1) *Traité des maladies du cuir chevelu.* Paris, 1850, p. 181 et 182.

SIXIÈME CLASSE

MALADIES PARASITIQUES

Les parasites végétaux et animaux constituent chez l'homme un groupe d'affections cutanées ayant des ressemblances tellement intimes qu'il en découle naturellement un rapprochement forcé. M. le docteur Bazin qui, l'un des premiers, sortant de la voie étroite des dermatologistes, a étudié les maladies de la peau à leur vrai point de vue nosologique, vient de montrer tout récemment dans un très-remarquable travail (1), quels immenses services le microscope a pu rendre à la science. Grâce aux observations de cet auteur, continuées pendant dix ans, dans un grand hôpital spécial, il est aujourd'hui complétement démontré quelle part légitime il faut donner au parasitisme. Faisant bonne justice de la théorie des générations spontanées, il a montré la nature de plusieurs de ces parasites en même temps que leur énergique propriété contagieuse. Et s'il est vrai d'admettre que la

(1) *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires.* Bazin, Paris, 1858, in-8 avec planches.

contagion de ces divers parasites s'opère plus activement sous l'influence de certains états pathologiques, on ne peut s'empêcher de reconnaître à quel point leur contagion est puissante même chez des sujets sains et vigoureux. Il est avéré que chez les animaux le parasitisme envahit fréquemment les troupeaux malades, mais on sait également, comme l'ont montré tout récemment tant d'auteurs, entre autres mon excollègue Lemaistre, de Limoges, que certains parasites attaquent les sujets de la race bovine les plus sains et les plus vigoureux lorsque la contagion a été possible (Anders du Limousin). Il paraît en être de même chez l'homme et, comme nous l'avons déjà dit plusieurs fois, les contagions, quelles qu'elles soient, s'exercent dans l'enfance avec leur maximum d'intensité. Aussi voit-on plus souvent des exemples de maladies parasitiques chez les enfants que chez les adultes.

On a voulu arguer de l'aptitude à prendre l'un de ces parasites et en faire une notion subtile de disposition préalable, sans laquelle le parasitisme n'est rien. Pour les virus quels qu'ils soient pareille disposition préalable existe. Il y a des individus réfractaires à toute contagion et même à toute inoculation; ces faits n'enlèvent nullement aux parasites leur importance comme *causes*, comme symptômes et comme lésions. De même que dans la plupart des affections contagieuses les effets du parasitisme sont d'autant plus sérieux que l'état général du malade est plus ou moins ébranlé par des maladies antérieures. Aussi n'est-il point exagéré d'avancer que dans le plus

grand nombre des cas, lorsque le parasite est détruit on a détruit toute la maladie.

Les parasites sont divisés en parasites végétaux et parasites animaux.

Ces deux ordres de parasites provoquent, outre les symptômes propres à chacun d'eux, des éruptions symptomatiques très-nombreuses et très-variées, qui peuvent n'avoir aucune régularité dans leur production. Cependant le plus généralement ces éruptions symptomatiques sont d'autant plus étendues et plus sérieuses que l'affection parasitaire est ancienne et intense. On sait qu'il existe dans la science des faits nombreux de ce qu'on a appelé cachexie parasitaire, état grave dans lequel l'extension progressive du parasite mine l'existence du malade qui finit par succomber dans le marasme. Ces terminaisons funestes sont désormais impossibles, et ce ne doit pas être un des moindres titres de gloire de l'habile médecin de Saint-Louis. Bien avant que les maladies parasitaires fussent connues comme elles le sont depuis les travaux modernes, on avait remarqué que certaines d'entre elles, comme la gale, le favus, paraissent se suspendre pendant le cours des fièvres graves. Le plus souvent cette disparition n'est qu'une apparence et le parasite, après la guérison, reprend son intensité première à mesure que le malade retrouve ses forces et sa santé antérieures.

PARASITES VÉGÉTAUX.

Parmi les végétaux parasites qui provoquent des

affections parasitiques chez l'enfant, nous décrirons les trois principales suivantes :

La teigne faveuse ;
La teigne tonsurante ;
La teigne pelade.

SECTION I. — TEIGNE FAVEUSE.

Grâce aux beaux travaux du docteur Bazin, l'histoire pathogénique et thérapeutique du favus paraît être complète. Cette longue et cruelle affection parasitique est actuellement celle d'entre toutes les teignes qui peut se guérir le plus rapidement.

Cet auteur définit ainsi la teigne faveuse. « C'est une « teigne caractérisée par des incrustations jaunâtres, « plus ou moins épaisses, sèches, raboteuses, d'une « odeur *sui generis*, tantôt disposées d'une manière irré- « gulière, tantôt, au contraire, artistement déprimées « en forme de coupes d'une régularité remarquable. »

Il étudie trois périodes dans le cours de la marche du favus. Dans la première le symptôme initial est le prurit, puis sur les surfaces envahies par le champignon il survient une rougeur érythémateuse à laquelle succède une légère desquamation épidermique ; parfois une éruption pustuleuse de courte durée précède l'apparition des godets faviques. Les cheveux s'altèrent, ils deviennent ternes et se laissent arracher sans la résistance normale. Dans la seconde période le parasite apparaît sous forme de concrétions jau-

nâtres. Le prurit persiste et les cheveux s'altèrent de plus en plus et enfin peuvent tomber spontanément; quelquefois il survient à cette période diverses éruptions symptomatiques. Dans la troisième période, l'oblitération des conduits pilifères se produit, d'où il résulte l'alopécie indélébile. Le parasite disparaît alors faute d'un terrain propice. Il arrive parfois que, malgré la disparition du cryptogame, les croûtes restent attachées pendant un certain temps sur le cuir chevelu.

Le parasite végétal qui constitue le favus est désigné par les micrographes sous le nom d'*Achorion Schœnleinii* en souvenir de sa découverte par Schœnlein. Plus tard M. Gruby soupçonna la présence du champignon dans l'intérieur du follicule pileux. M. Bazin démontra le fait ainsi que l'existence du parasite sur la racine du poil et dans le canal pilifère. Ces faits rendent un compte exact de toutes les phases de cette longue maladie en donnant des solutions satisfaisantes à la place des nombreuses explications théoriques qui avaient été formées à l'occasion du siége et de la nature du favus.

Le médecin de Saint-Louis reconnaît dans la teigne faveuse trois espèces principales fondées sur les formes extérieures : le *favus urcéolaire*, le *favus scutiforme* et le *favus squameux*.

Nous ne décrirons pas successivement et longuement ces trois formes, nous bornant à donner les principaux caractères de cette affection parasitique, en renvoyant à la lecture de l'excellent ouvrage cité,

pour tous les détails micrographiques et nosographiques complets.

Après la disparition de la première période, c'est-à-dire l'érythème ou les pustules qui peuvent signaler la présence du favus, on voit celui-ci apparaître. Il se montre sous forme d'un point jaunâtre très-petit avec une dépression centrale traversée par un poil. Ce *godet* une fois formé s'accroît rapidement en accusant de plus en plus sa dépression centrale; il peut ainsi atteindre sans se déformer jusqu'à un centimètre et demi de hauteur et plus de deux centimètres de largeur. Jusqu'alors il peut être enchâssé entre deux lamelles épidermiques dont l'une superficielle est facile à apercevoir et bientôt brisée par la pression excentrique du champignon. L'autre pellicule épidermique tapissant la face profonde est extrêmement mince et transparente; elle recouvre le derme dont on peut voir, quand le favus est arraché, les petits vaisseaux sous-jacents. Lorsque le champignon a rompu l'enveloppe épidermique extérieure, il perd la régularité de sa forme en godet ou cupule. Quand ces godets sont très-rapprochés, ils prennent une grande irrégularité. Les cheveux s'altèrent, tombent et finissent par ne plus repousser, les bulbes pileux se trouvent atrophiés ou complétement détruits. M. Bazin a montré que fréquemment la papille pileuse n'était pas détruite, mais que par suite d'une altération spéciale elle sécrétait des cellules épidermiques et non plus des cellules pigmentaires. Lorsque les cheveux n'existent plus, le parasite ne tarde pas à s'éteindre, et dès lors la

peau du cuir chevelu prend un aspect indélébile, facile à reconnaître : elle devient lisse, tendue et considérablement amincie.

Le favus a son siége de prédilection sur le cuir chevelu, mais chez l'enfant comme chez l'adulte il peut exister sur la peau, le tronc et les membres. Cette différence de lieu donne des différences d'aspect dont les travaux de M. Bazin ont encore donné l'explication. Ainsi, quand le champignon se développe sur des parties du corps où les poils sont indépendants, la cupule est régulière et conserve longtemps sa forme. Quand au contraire les cheveux ou les poils sont très-rapprochés, cette forme s'altère dès la profondeur de la peau; aussi, dans le premier cas, M. Bazin a donné le nom de *teigne urcéolée* et dans le second *teigne scutiforme*, comme le démontre la transformation de l'une à l'autre de ces formes par une première épilation.

La variété de forme appelée *favus squameux* par le docteur Bazin, offre une grande ressemblance avec l'*impetigo granulata*.

L'évolution extérieure du champignon est plus irrégulière, elle a lieu sur des surfaces inégales et non pas circulaires comme dans les formes précédentes. La matière du favus se montre davantage sur la tige des poils où elle forme des gaînes qui peuvent adhérer assez fortement les unes aux autres.

L'*achorion Schœnleinii* s'attaque également aux ongles qu'il fait épaissir et jaunir. Leurs stries longitudinales, s'accusant davantage, semblent s'écarter les

unes des autres. Les lames unguéales deviennent inégales, bosselées, et divers points présentent un amincissement de plus en plus marqué par l'action du champignon sous-jacent, jusqu'à ce que la perforation de l'ongle soit complète. Ces faits sont assez communs pour que M. Bazin en ait eu un certain nombre d'exemples en quelques mois. Cette affection est surtout consécutive à la teigne faveuse. Les malades se grattent, quelques parcelles du champignon s'introduisent sous l'ongle, et, trouvant là, dans les cellules molles de l'épiderme, un terrain favorable, elles se développent et produisent la maladie.

Quand le favus, occupant des espaces plus ou moins considérables du cuir chevelu, se présente avec sa couleur jaune, sa cavité en cupule et sa forme arrondie, le diagnostic est très-facile. Mais parfois il devient difficile. Ainsi, par exemple, il faut se rappeler qu'il peut exister, dans l'impétigo du cuir chevelu, des croûtes sèches et dures pouvant offrir la couleur jaune-soufre. Mais en général, même dans les favus très-anciens, on trouve, en les cherchant, quelques parties jaunes avec la cupule qui ne peuvent laisser de doute, surtout quand on s'aide des signes fournis par l'odeur *sui generis*, bien que celle-ci à elle seule ne puisse donner une certitude absolue. L'examen des cheveux suffit parfois pour établir le diagnostic; leur altération consiste en un état tout particulier de sécheresse et de décoloration, remarquable au milieu de la chevelure. Les cicatrices indélébiles du favus sur le cuir chevelu sont, dans les cas difficiles, un moyen précieux.

La forme ronde de la teigne tonsurante ne peut donner longtemps de l'incertitude, les cheveux brisés, la couleur du cuir chevelu sont suffisants pour établir des différences, quand bien même le trichophyton aurait déterminé des éruptions symptomatiques, analogues à celles du favus.

Enfin il faut être prévenu que ces contagions parasitiques ne s'excluent nullement, et qu'on peut rencontrer des malades simultanément affectés de plusieurs espèces de teignes.

SECTION II. — TEIGNE TONSURANTE.

La teigne tonsurante ou l'herpès tonsurant est sans contredit la maladie parasitaire du cuir chevelu la plus commune parmi les grandes agglomérations d'enfants. Elle est en effet beaucoup plus fréquente chez eux que chez l'adulte. Chez celui-ci cette espèce de teigne, comme l'a si bien démontré M. le docteur Bazin, prend d'autres aspects et d'autres allures sous les noms d'herpès circinné, de sycosis ou mentagre, affection que cet auteur a désormais classée parmi les maladies parasitiques, en montrant l'unité de la cause, le parasite végétal appelé *trichophyton*.

La teigne tonsurante paraît avoir été signalée dès l'antiquité, mais elle n'a été isolée et convenablement étudiée que dans ces temps derniers, par Mahon, puis par M. Cazenave qui l'a reconnue sous des dénominations diverses, telles que : *porrigo scutulata, ring-worm* par les Anglais, *porrigo tonsurant* par Ali-

bert, etc., etc., et lui a donné le nom d'*herpès tonsurant*.

Cette maladie contagieuse est essentiellement constituée par un parasite végétal et se caractérise au cuir chevelu, où elle siége de préférence, par des plaques de grandeur variable, arrondies, grises, sur lesquelles les cheveux sont rares et brisés si près de la peau qu'on les dirait coupés régulièrement avec des ciseaux. Ces plaques ont une ressemblance frappante avec ce qu'on appelle une *tonsure*. Elles ont pour début un petit point qui s'élargit sans cesse, jusqu'à former des plaques rondes pouvant atteindre presque la largeur de la paume de la main. Ce point est rouge et le siége d'un léger prurit; il se couvre de vésicules très-ténues et très-passagères : de là l'existence d'une légère desquamation locale qui cependant persiste longtemps. Le cuir chevelu devient rugueux, sec, sur cette surface, en même temps que les cheveux se brisent à 2 ou 3 millimètres de la peau, et chaque tronçon de cheveu est en quelque sorte enveloppé par une gaîne blanche. M. Bazin a démontré que cette *gaîne épidermique* était formée par la végétation du cryptogame lui-même. La structure des cheveux est profondément altérée, le canal central a disparu et ses éléments paraissent se dissocier.

M. Gruby, en 1844, a découvert le végétal parasite de l'herpès tonsurant qui, après avoir reçu différents noms, est connu actuellement sous celui de *trichophyton tonsurans*. Au début, ce cryptogame occupe l'intérieur de la racine du cheveu sous forme de spores arrondies. Celles-ci, en se multipliant dans l'inté-

rieur de la substance des cheveux, croissent avec lui et finissent par sortir du follicule. C'est ainsi que toute l'épaisseur du cheveu est complétement envahie et qu'il se rompt en dedans ou en dehors du follicule. Dans le premier cas, suivant M. Charles Robin, l'épiderme et la matière sébacée remplissent l'extrémité du conduit pilifère, constituant une espèce d'opercule que le cheveu ne tarde pas à soulever. C'est ainsi que se formeraient les petites saillies qui recouvrent la plaque d'herpès tonsurant.

Lorsque le cheveu se brise dans sa partie libre, le champignon qui l'a complétement envahi sort au dehors et l'enveloppe d'une gaîne blanche, brillante, parfaitement visible à l'œil nu. L'exactitude de ces faits est établie d'une façon irrécusable par les travaux de MM. Bazin, Charles Robin. (Van Gaver, 1856.)

Les plaques de la teigne tonsurante peuvent être en plus ou moins grand nombre sur le cuir chevelu; il arrive parfois même que par suite du développement excentrique de quelques-unes d'elles, celles-ci se joignent en envahissant une grande partie de la tête. Alors on ne trouve plus que de petites surfaces saines qui ne soient pas tondues et où la chevelure a ses caractères habituels.

Sur les parties malades du cuir chevelu, les cheveux avant de se briser présentent une décoloration accompagnée de sécheresse, analogue à ce qui s'observe dans la teigne faveuse. Les plaques de l'herpès tonsurant n'ont pas toujours le même aspect. Au début on les trouve grises, avec une légère éruption

vésiculeuse plus ou moins fugace; à une époque plus avancée elles sont d'un gris bleuâtre avec de petites saillies qui rendent la peau chagrinée ; enfin, à une époque plus avancée encore, il peut, comme dans toutes les affections parasitiques, survenir sous l'influence de l'irritation causée par la présence du champignon, des lésions inflammatoires diverses, telles que des pustules, de petits abcès qui rendent parfois le diagnostic assez difficile.

La marche de la teigne tonsurante ne paraît nullement influencée par les saisons. Le diagnostic de cette affection est généralement facile, bien qu'elle présente quelques-uns de ses caractères ayant beaucoup d'analogie avec plusieurs autres affections du cuir chevelu. La forme ronde de ses plaques rappelle celle du psoriasis et de la lèpre. Mais ces deux maladies sont rares au cuir chevelu, et d'ailleurs leurs squames larges, sèches, dures, nacrées, comme chatoyantes, suffisent pour trancher la question avec la teigne tonsurante où les cheveux sont comme rasés, et où il n'y a pas alopécie mais tonsure.

L'eczéma squameux du cuir chevelu pourrait faire croire quelquefois à une teigne tonsurante, mais il a toujours à un moment donné une humidité qui fait ici constamment défaut. Les plaques sont régulièrement arrondies dans l'herpès, tandis qu'elles sont irrégulières dans l'eczéma dont la sécrétion est formée par des squames molles, jaunâtres, qui diffèrent de la légère desquamation furfuracée de l'herpès.

La maladie qui présente les plus grandes analogies

extérieures, c'est celle appelée *favus* en cercles, qui a été évidemment confondue, par les auteurs anglais, avec la teigne tonsurante. Les plaques de cette apparence de la teigne faveuse ne sont jamais aussi nettement dessinées que celles de l'herpès ; dans celui-ci elles sont d'un gris bleuâtre, farineuses, finement grenues. Dans le favus elles sont inégales, raboteuses, les squames sont plus grandes, sèches et plus brillantes; enfin l'existence du favus est d'ailleurs pathognomonique et toujours possible à constater.

La teigne pelade ne peut offrir, comme nous le verrons plus loin, de doutes sérieux; il suffit de mentionner la décoloration si complète de ses plaques chauves, lisses pour éloigner toute possibilité d'erreur.

Le pronostic de la teigne tonsurante n'est pas grave, son importance se trouve liée à sa durée qui, actuellement est assez bien connue. On sait, en effet, combien on a cru facilement à l'action curative de certains topiques, qui dans bon nombre de cas échouaient d'une façon complète, tandis qu'ils semblaient avoir guéri rapidement dans d'autres conditions. Mon excellent maître Legendre, se livrant à des expérimentations sur ce sujet, ne tarda pas à comprendre le secret de ces succès et de ces revers. Aussi, comme l'a dit M. Van Gaver dans sa thèse sur l'herpès tonsurant (1856), Legendre n'attribuait plus au traitement de cette maladie qu'une action palliative, et il n'attendait la guérison que par l'évolution naturelle. La dernière fois que j'ai eu l'occasion de voir à l'hôpital Sainte-Eugénie cet observateur, dont chacun connaissait le mérite, il

m'affirmait que l'herpès tonsurant paraissait n'avoir pour durée d'existence totale que neuf mois environ. Ces assertions, qui avaient de l'autorité par l'observation judicieuse de Legendre, m'ont été confirmées, par le docteur Sée, qui avec la plus grande obligeance m'a montré dans son service de l'hôpital des Enfants Malades des teignes tonsurantes ayant résisté et continué leur période d'extension malgré toutes les lotions et les divers moyens employés.

Pour M. le docteur Bazin, au contraire, la teigne tonsurante abandonnée aux seules ressources de la nature, peut se prolonger indéfiniment. Tout en admettant cependant la possibilité d'une guérison spontanée, il professe qu'elle a une durée fort longue, et qu'il n'est pas rare de la voir se prolonger pendant plus de dix-huit mois.

SECTION III. — TEIGNE PELADE.

M. le docteur Bazin a décrit sous ce nom emprunté à des auteurs du seizième et du dix-septième siècle diverses affections cutanées confusément connues, dont les principales étaient le *vitiligo*, le *porrigo decalvans*, la *leucopathie*, etc. Cette teigne reconnaît toujours comme cause la présence d'un cryptogame parasite, le *microsporon Audouini*, et de même que les autres champignons, il peut vivre aux dépens des poils, de l'épiderme et des ongles.

Cette variété de teigne comprend deux formes : la *pelade achromateuse* et la *pelade décalvante*. Le début

de ces deux formes d'une même affection parasitaire est marqué par du prurit. Les cheveux s'altèrent d'une façon variable, quelquefois cette altération est considérable, tandis que d'autres fois ils sont seulement légèrement décolorés, rougeâtres et poudreux. A une période plus avancée, le champignon apparaît sous forme d'un duvet gris, peu abondant. En même temps, le cuir chevelu présente une sorte d'hypertrophie particulière, les cheveux tombent, repoussent, et après plusieurs chutes successives, ils ressemblent au léger duvet qui se rencontre sur les différentes parties du corps chez les enfants. Enfin, à un état plus avancé ou troisième période, les cheveux tombent pour ne plus se reproduire, les parties malades s'affaissent, et le duvet blanchâtre, comme féculent, formé par le parasite, ne tarde pas à disparaître. L'alopécie est alors indélébile. La *pelade achromateuse* est formée *par le porrigo decalvans* de Bateman, le *vitiligo* de M. Cazenave. Dans cette variété les cheveux offrent à la première période un aspect terne, ils sont décolorés, fins et altérés, quelquefois rougeâtres. Ce qui ne se rencontre jamais dans le vitiligo non dermophytique. Dans la seconde période, des plaques décolorées, ordinairement ovalaires, apparaissent et se dépouillent de leurs cheveux. Elles ont une couleur blanche laiteuse, parfois elles se multiplient en s'agrandissant, et dénudent plus ou moins tout le cuir chevelu.

La *pelade décalvante* a une marche plus rapide que la précédente. Elle s'en distingue par une hypersécrétion de l'épiderme et une altération moins marquée

des cheveux au début; mais quand le champignon paraît, ceux-ci tombent et laissent de grandes plaques irrégulières, sinueuses, dénudées, où la peau offre sa coloration normale.

Ces deux espèces, qui peuvent se montrer sur la même tête, ont deux modes de terminaison. La calvitie définitive et la guérison spontanée. Ce dernier mode se rencontre plus souvent dans la pelade achromateuse, tandis que l'alopécie est plus fréquemment la conséquence de la pelade décalvante. M. le docteur Bazin, qui peut-être n'a pas encore dit son dernier mot sur cette curieuse affection parasitique, pense que le pronostic de la pelade est plus sérieux que celui des autres espèces de teignes, bien qu'elle n'altère point la santé générale; mais elle peut se généraliser et compromettre tout le système pileux. La guérison est difficile et toujours longue à obtenir, surtout, si la maladie est déjà un peu ancienne.

Le diagnostic ne paraît devoir chez les enfants offrir de difficultés qu'avec ce qu'on a décrit sous le nom de vitiligo simple, qui n'est qu'une affection dyschromateuse de la peau, sans parasites. Dans celle-ci les surfaces décolorées n'ont pas généralement la forme ovalaire ou circulaire; autour de ces parties blanches dépourvues de pigmentum il existe une coloration plus foncée de la peau, une sorte d'hypersécrétion pigmentaire qui ne se rencontre pas dans la pelade. Dans cette dernière affection, au contraire, le pigment est détruit par le parasite et non pas refoulé sur les

parties environnantes. L'alopécie qui succède au favus peut faire croire à l'existence d'une pelade, mais dans le favus la peau est animée, transparente, lorsqu'il n'y a pas très-longtemps que les croûtes sont tombées, et toujours on peut reconnaître le tissu de cicatrices superficielles. Dans la teigne achromateuse, au contraire, la peau n'offre pas l'aspect et l'amincissement d'un tissu de cicatrices, et elle offre une couleur laiteuse remarquable.

Il suffit de rappeler la coloration foncée de la teigne tonsurante pour la séparer nettement de la teigne pelade, dont la décoloration est un des points saillants.

PARASITES ANIMAUX.

Parmi les maladies parasitiques provoquées par la présence de parasites animaux chez l'enfant, nous ne décrirons que la gale et l'affection pédiculaire.

SECTION IV. — GALE.

La gale est une maladie contagieuse provoquée par un parasite animal appelé *acarus*. La présence de cet insecte sur la peau et l'ensemble de symptômes qu'il détermine, constituent ce qu'on est convenu d'appeler la gale. Les symptômes habituels sont : un prurit plus ou moins intense et l'apparition de vésicules acuminées, transparentes, à la base desquelles on perçoit de petites traînées linéaires creusées dans l'épaisseur de la peau et se terminant par un renfle-

ment où l'on peut rencontrer l'acarus. Le prurit est le premier signe qui décèle ordinairement l'infection. Tandis que chez l'adulte il s'écoule environ de huit à quinze jours entre l'apparition de la gale et le moment où la contagion a dû s'exercer, chez l'enfant au contraire, quatre ou cinq jours après, le prurit et les vésicules apparaissent. Celles-ci se montrent d'abord sur les points où le contact infectant s'est opéré, mais les places d'élection sont les intervalles des doigts, les plis des articulations des membres, l'abdomen. En général ces vésicules sont acuminées, transparentes au sommet et souvent, chez l'enfant, très-roses à la base. Elles sont remplies par une sérosité limpide, le plus souvent leur nombre n'est pas considérable. Quand elles provoquent un prurit intense, les ongles des malades les déchirent. Le liquide une fois écoulé se concrète sous forme de croûtes minces, aplaties et peu adhérentes, qui cependant peuvent, à certains moments, prendre l'aspect des croûtes du prurigo. Il arrive souvent chez les enfants dont la peau est si impressionnable, que la présence de l'acarus en grand nombre provoque non plus seulement l'éruption vésiculeuse à côté de laquelle l'insecte s'établit et pullule, mais bien de grosses pustules qui fréquemment ont pu donner le change au diagnostic. D'autres fois l'excitation cutanée que provoque ce parasite fait apparaître des papules véritables, et même il est assez fréquent de rencontrer des exemples où l'acarus a été le point de départ de toutes ces formes élémentaires à la fois. Souvent, dans ces cas, l'aspect des malades est par-

ticulier. Excités presque sans cesse par un prurit dont les exacerbations sont nocturnes, ils se déchirent cruellement la peau qui se couvre d'autant mieux d'éruptions vésiculeuses, papuleuses et pustuleuses; elle s'épaissit, et si ce n'était la présence de l'acarus, facile à constater, le diagnostic deviendrait difficile. Nous n'avons jamais rencontré chez les enfants la gale de la verge que le docteur Piogey a décrite en 1850. Mais, néanmoins, il existe quelque chose non pas de spécial, mais quelques particularités eu égard au siége de la gale chez les enfants, surtout les nouveau-nés. En effet, ceux-ci contractent souvent cette affection par les fesses : c'est là qu'on peut trouver d'abord les sillons qui sont le signe caractéristique de la présence du parasite. La durée de la gale peut être d'une excessive longueur ; tant que l'insecte n'est pas détruit elle se perpétue. On a des exemples aussi de suspension presque complète des symptômes de la gale pendant le cours d'une maladie aiguë qui, une fois terminée, laissait les manifestations du parasite faire de nouveau leur apparition.

Malgré quelques rares exemples de symptômes généraux extraordinaires produits par la gale, on peut dire que son pronostic est sans aucune gravité ; la destruction du parasite étant une chose actuellement si facile.

Le diagnostic de cette affection parasitique n'est pas toujours aussi simple qu'on serait tenté de le croire.

La présence de l'acarus, qui est habituellement très-

facile à constater, est d'autres fois d'une excessive difficulté et sans le microscope mobile on est très-embarrassé.

Les yeux myopes ont la faculté de pouvoir distinguer sans le secours d'instruments d'optique ce qu'on a l'habitude d'appeler les sillons de l'acarus et l'acarus lui-même.

Ces sillons ne sont, à vrai dire, que des terriers creusés dans l'épaisseur de l'épiderme dont la voûte forme cette petite ligne droite ou courbe qui conduit à un point brillant, nacré, formé par la femelle de l'acarus. Celle-ci, en général, est située dans le voisinage d'une vésicule. La gale ne pourrait être confondue qu'avec l'*eczema simplex*, le prurigo et le lichen : avec l'eczéma l'erreur ne peut être de longue durée. Celui-ci est en effet formé par des vésicules qui peuvent être discrètes ; mais elles sont petites, aplaties, blanches ou rouges et le plus souvent se présentant avec une certaine agglomération, tandis que dans la gale les vésicules sont transparentes au sommet et rosées à la base, surtout chez les enfants ; elles sont disséminées dans les places d'élection de l'acarus.

La gale ne peut être confondue avec le prurigo, bien que cette erreur ait été souvent commise. Mais on l'évitera facilement en se rappelant, comme pour l'eczéma, l'importance des *sillons* qui n'existent que dans la gale, et les croûtes noires, sèches du prurigo se montrent surtout aux faces externes des membres, sur le dos, etc. Les papules du prurigo peuvent, il est vrai, se produire dans la gale. Mais en regar-

dant bien, on pourra constater aussi un plus grand nombre de vésicules coexistantes. Enfin le prurigo offre même chez les enfants un prurit plus intense avec des exacerbations plus vives que dans la gale. Il en est de même pour le *lichen simplex* qui se caractérise par de petites papules de la couleur de la peau. Lorsqu'il se présente aux mains, il pourrait rappeler la gale, mais dans ce cas même il affecte la face dorsale des mains. Enfin le caractère contagieux de l'affection parasitique est un élément qui souvent favorise le diagnostic dans le cas où l'acarus et ses sillons ne sont pas très-évidents sans le secours d'instruments d'optique. Il faut se rappeler que chez les enfants dont la peau est irritable, il arrive parfois qu'après l'existence de la gale il survient une éruption vésiculeuse ou pustuleuse qui dans quelques cas a pu faire croire à des récidives.

Chez l'enfant peut-être plus fréquemment encore que chez l'adulte, la gale se complique de véritables pustules rappelant l'impétigo : de même que chez l'adulte il faut avoir l'attention éveillée par le siége de ces pustules sur les points où se montre habituellement la gale.

Chacun connaît les phases de l'histoire de l'acarus, qui, indiqué clairement autrefois (Morgagni), avait été presque complétement oublié, puis démontré dans le service d'Alibert, par M. Renucci. Des observateurs habiles et patients ont dans ces temps derniers fait les études les plus étendues et les plus complètes sur cet insecte (Bourguignon), et en 1852, M. Lanquetin,

élève de l'hôpital Saint-Louis, a enfin découvert l'acarus mâle, qui se distingue par son agilité et sa dimension beaucoup moindre que celle de la femelle.

SECTION V. — AFFECTION PÉDICULAIRE.

Chez l'enfant, l'affection pédiculaire se borne à la présence seule du pou de tête. Le pou de corps se voit rarement, et le pou du pubis ne se rencontre jamais chez lui.

Le pou de tête, au contraire, est très-fréquent dans l'enfance; souvent il ne provoque aucun inconvénient, et les soins de propreté suffisent pour s'en débarrasser; mais, le plus souvent, il vient compliquer un nombre considérable d'affections diverses du cuir chevelu, principalement l'impétigo et la teigne faveuse. Dans ce dernier cas, il se propage avec une promptitude inouïe, et c'est par centaines qu'on peut les voir s'agiter au milieu des croûtes et des cheveux, qui en sont parfois entièrement couverts.

Les symptômes de la maladie pédiculaire sont la présence des lentes et des poux, lesquels déterminent un prurit souvent excessif. On sait qu'autrefois on acceptait facilement la possibilité de la génération spontanée de ces animaux, sur le compte desquels bon nombre de terminaisons funestes ont été mises. Cette affection parasitique, peu sérieuse, mais qu'il importe toujours de combattre, est facilement guérie par des onctions avec l'onguent napolitain, ou par des lotions avec la staphysaigre.

TRAITEMENT DES MALADIES PARASITIQUES.

Depuis les beaux travaux du docteur Bazin, la thérapeutique de ces maladies a été rendue singulièrement simple et efficace, tant il est vrai que la thérapeutique ne peut progresser que par l'étude plus approfondie des espèces morbides et des faits pathologiques. Cet habile praticien professe et enseigne dans ses livres que le traitement des maladies parasitaires comprend trois indications :

1° Détruire le parasite ;

2° Combattre les éruptions inflammatoires liées directement ou indirectement à la présence du parasite;

3° Combattre les éruptions constitutionnelles qui peuvent compliquer les affections parasitiques.

A. Les parasiticides ne peuvent être employés qu'à l'extérieur. On les distingue en phyticides et en insecticides, selon qu'ils détruisent les parasites végétaux ou animaux. Quelques-uns sont à la fois phyticides et insecticides, tels que le sublimé, l'huile de cade, la staphysaigre, la camomille romaine. M. Bazin donne la préférence, comme phyticides, à l'huile de cade, au sublimé, au turbith minéral ; il a renoncé aux préparations de cuivre, à cause des éruptions pustuleuses qu'elles provoquent.

Parmi les insecticides, il donne le premier rang au soufre ; puis viennent après l'huile de cade et la staphysaigre. Ces divers agents sont mêlés soit avec de l'eau, de l'huile d'amandes douces, la glycérine et

l'axonge. D'après M. Bazin, 1/10 de substance parasiticide suffit pour tous les animaux parasites, tandis qu'il n'en faut que 1/100 pour détruire les parasites végétaux. Il recommande de se tenir dans ces proportions, sous peine de manquer son but, en diminuant les doses, ou d'irriter sans bénéfice pour le malade, en augmentant les proportions des substances actives.

Avant les leçons du médecin de l'hôpital Saint-Louis, on se bornait, pour combattre les teignes, à l'application extérieure des parasiticides, ne détruisant ainsi que la partie aérienne des champignons, et laissant sur la partie intra-cutanée du poil et dans le follicule l'élément reproducteur de la maladie. De là découle actuellement la nécessité de l'*épilation*, qui constitue désormais un des moyens les plus impérieux de la cure de toutes les teignes.

B. Les éruptions inflammatoires symptomatiques des parasites sont principalement combattues par les émollients et les résolutifs, tels que les cataplasmes froids, les pommades au calomel ou à l'oxyde de zinc, par les lotions saturnines, les bains de son, d'amidon, les douches de vapeur, etc., etc.

C. Souvent, dans le cours des maladies parasitaires, il existe concurremment quelques éruptions dartreuses et scrofuleuses qu'il est possible de combattre tout en traitant le parasite. M. Bazin signale à l'attention des praticiens l'influence réciproque que ces faits pathologiques ont les uns sur les autres, eu égard à leur prolongation.

A. **Traitement de la teigne faveuse.** — Chacun connaît les tentatives si nombreuses, et toujours impuissantes, pour guérir promptement le favus, à tel point que, dans les hôpitaux de Paris, jusqu'au moment où les travaux de M. Bazin ont été publiés, les malades atteints de cette cruelle maladie étaient confiés aux soins d'empiriques en possession d'un secret guérissant la teigne. Ce mal, si rebelle, est actuellement une des affections du cuir chevelu les plus promptes et les plus faciles à faire disparaître. Voici, en quelques mots, la méthode du docteur Bazin : les cheveux doivent être coupés au niveau des croûtes, et la tête enduite d'huile de cade avec une brosse molle; puis on recouvre la tête d'un cataplasme de fécule de pommes de terre ; ensuite on prescrit un bain sulfureux ou amidonné, dans lequel le malade se plonge la tête à plusieurs reprises. Quand les croûtes seront ramollies, elles seront détachées doucement avec le peigne ; cette opération est suivie immédiatement d'une nouvelle application d'huile de cade.

Le jour suivant, l'épilation doit être commencée avec accompagnement de lotions de sublimé, répétées plusieurs fois pendant le cours de la séance d'épilation.

Ce dernier moyen se pratique à l'aide de pinces fines, capables de saisir solidement un ou plusieurs cheveux, afin de les arracher sans les briser. Cette manœuvre demande une certaine habitude. Avec un peu de dextérité, on arrive assez vite à la pratiquer rapidement, sans faire trop souffrir le patient; les

cheveux doivent être surtout toujours arrachés dans le sens de leur implantation.

L'épilation est conduite jusqu'à la fin, par un nombre variable de séances, suivant la sensibilité du malade. On doit dépasser les surfaces malades, dans la crainte de laisser des cheveux dont la racine est déjà atteinte. A mesure que de nouvelles surfaces du cuir chevelu sont épilées, on doit les recouvrir, matin et soir, d'une pommade au turbith minéral.

Ces moyens sont continués pendant environ un mois ; au bout de ce temps, le favus apparaît, précédé de pustules et de rougeur du cuir chevelu. Une nouvelle épilation, plus ou moins générale, est encore nécessaire, suivie et accompagnée des mêmes soins. Après un certain temps d'expectative, il survient encore quelques godets faviques qui nécessitent une ou deux épilations partielles.

Après la guérison, confirmée par un certain temps d'observation, il est encore bon de surveiller, afin d'épiler dès l'apparition de quelques parties nouvelles du favus. En général, la guérison assurée, et sans danger de récidive, s'obtient après deux épilations générales et une ou deux partielles.

Voici les deux formules employées de préférence par le docteur Bazin :

1° POMMADE AU TURBITH.

Axonge.....	15 grammes.
Huile d'amandes.....	2 —
Turbith minéral.....	0,50 centig.

2° POMMADE A L'HUILE DE CADE.

Axonge.....	20 grammes.
Huile de cade.	2 —

B. **Traitement de la teigne tonsurante.** — M. le docteur Bazin, dans le traitement de cette maladie parasitaire, établit une différence considérable, selon qu'elle siége sur le cuir chevelu ou sur la peau. Dans ce dernier cas, nous avons vu que, d'après cet auteur, ce n'était autre chose que l'herpès circinné et ses variétés. Cette opinion, suffisamment démontrée, rend compte de ces faits de contagion jusqu'alors inexplicables; mais, dans ces derniers cas, lorsque la teigne tonsurante existe sur la peau, là où il n'existe que fort peu de follicules pileux, le parasite guérit très-vite, ou, pour mieux dire, il avorte rapidement. La maladie est loin d'être aussi rebelle qu'au cuir chevelu; aussi ne nous occuperons-nous que de cette forme de teigne tonsurante. Le parasite de cette espèce de teigne se combat par les mêmes moyens que le favus, c'est-à-dire l'épilation et les parasiticides; seulement, l'épilation éprouve ici des difficultés qui n'existaient pas dans la teigne faveuse. Les poils sont tellement friables, qu'ils se brisent sous la pince, et que ce n'est qu'avec peine qu'on arrive, après cinq ou six épilations imparfaites, à débarrasser les parties malades des cheveux avec leur partie intra-cutanée. Après ces manœuvres épilatoires, les parasiticides doivent être rigoureusement appliqués, comme dans la teigne précédente.

C. **Traitement de la teigne pelade.** — Dans cette espèce de teigne, le même traitement, par les mêmes moyens, doit être employé; mais la difficulté d'épilation est encore ici plus grande que dans la teigne tonsurante. Ce n'est qu'à force de tentatives et de persévérance qu'on parvient à débarrasser les parties malades du léger duvet, presque insaisissable avec la pince. On ne doit cesser l'épilation que lorsque les cheveux reprennent leur vigueur et leur aspect complétement normal.

D. **Traitement de la gale.** — Les indications sont les mêmes que dans les parasites végétaux : détruire le parasite et combattre les éruptions symptomatiques.

On connaît la longueur des traitements jadis employés pour combattre cette affection. Déjà, en 1840, M. Bazin, se fondant sur cette vérité, qu'il faut, pour détruire le parasite, le mettre partout en contact avec l'agent destructeur, avait établi nettement l'obligation de la friction générale pour guérir la gale; il avait réduit à deux ou trois jours la longueur du traitement qui était ainsi institué. Toutes les parties du corps (la tête exceptée, où l'acarus ne se montre jamais), étaient frottées rudement, pendant vingt-cinq minutes, avec 125 grammes de pommade d'Helmerich. Deux frictions étaient ainsi faites à six heures de distance. Le lendemain ou le surlendemain, le malade était plongé dans un bain, et la cure était opérée. Quelques années après, M. Hardy, chargé du service des galeux à l'hôpital Saint-Louis, réduisit

encore le traitement : au lieu de deux frictions avec la pommade d'Helmerich, il n'en fit faire qu'une ; seulement elle était précédée d'une friction générale avec le savon noir. Entre ces deux frictions, le malade prenait un bain. Pour prévenir les récidives, les linges et les vêtements des malades doivent être soumis à des fumigations sulfureuses.

SEPTIÈME CLASSE

MALADIES CUTANÉES HÉMORRHAGIQUES

Sous le nom unique de *purpura*, se trouvent comprises deux lésions qui, bien que semblables par leur nature intime, n'en sont pas moins l'expression de deux états morbides opposés, pour ainsi dire, l'un à l'autre. Mais, comme cela arrive souvent, deux causes diamétralement opposées peuvent produire un effet en apparence identique. C'est ainsi que, sous l'influence d'un état pléthorique, le molimen hémorrhagique aura pour effet de provoquer l'apparition d'un purpura. De même qu'un purpura peut se produire quand le sang perd sa fluidité normale et que l'économie est épuisée par des maladies antérieures, des évacuations exagérées, la misère, etc.

Ce dernier, de beaucoup le plus fréquent dans l'enfance, devrait être rattaché aux maladies dites cachectiques. Mais la notion anatomo-pathologique, si évidente et si tranchée, nous fait accepter cette classe d'affection cutanée hémorrhagique, quoiqu'elle soit en quelque sorte en contradiction avec la classification que nous avons adoptée.

SECTION I. — PURPURA.

Le purpura est un symptôme constitué par des taches rouges, souvent larges, d'autres fois très-petites, causées par une hémorrhagie interstitielle cutanée. Ces taches sont tantôt discrètes, tantôt confluentes; elles s'accompagnent rarement de fièvre, et jamais elles ne sont contagieuses.

C'est surtout à l'occasion du purpura qu'il importe de ne pas faire de la pathologie cutanée en se laissant guider par la lésion seule. Cette affection peut être en effet le résultat de deux états de l'économie différents et essentiellement opposés. Il se présente le plus souvent comme l'expression constitutionnelle d'un appauvrissement général, sorte de *scorbut cutané*, succédant à une foule de causes débilitantes diverses. Tandis que d'autres fois, comme l'ont déjà indiqué Biett et tant d'autres après lui, il est la conséquence d'un mouvement spontané du sang vers la peau, sorte de raptus hémorrhagique par suite de pléthore.

C'est pourquoi nous admettons deux formes principales de purpura, le purpura *sthénique* et le purpura *asthénique:* la première se rencontre exceptionnellement dans le jeune âge, surtout dans la première enfance; mais vers la puberté chez des sujets vigoureux d'un tempérament sanguin, sous l'influence de causes excitantes plus ou moins énergiques, il survient parfois des taches rouges pouvant occuper tous les points de la surface du corps. Ces taches, au début,

sont d'un rouge vif, qui persiste pendant plusieurs jours, mais cette coloration s'efface et pâlit en passant par les teintes successives et bien connues des ecchymoses.

L'apparition, la durée et la disparition des taches comprennent une période d'environ deux septénaires, sans développer chez les malades aucune sensation cutanée. Il arrive fréquemment que le purpura se manifeste par une série d'évolutions de ces taches; tandis que les unes s'effacent, d'autres apparaissent, et ainsi de suite, faisant durer l'éruption un temps plus ou moins long. Cette forme active ou sthénique du purpura, est en général accompagnée de phénomènes généraux liés à l'état pléthorique qui les provoquait. Ainsi il existe fréquemment de la fièvre avec plénitude du pouls, de la rougeur de la peau, et une sorte de turgescence générale, des hémorrhagies critiques, etc.

Dans le purpura par cause asthénique, de beaucoup le plus fréquent dans l'enfance, les faits sont diamétralement opposés, quoiqu'ils aient une certaine ressemblance toute superficielle.

Ici les taches sont plus nombreuses, plus larges, converties même souvent en plaques ecchymotiques remarquables; elles apparaissent d'abord aux membres inférieurs pour se montrer successivement sur toute la surface cutanée; les muqueuses elles-mêmes se couvrent parfois d'ecchymoses et sont le siége, ainsi que les viscères, d'hémorrhagies graves. Ces taches, dont la couleur varie suivant le temps qui s'est écoulé depuis leur apparition, rendent le corps des malades

comme bariolé de diverses couleurs; elles apparaissent surtout dans les endroits où la peau est fine et délicate, et sur ces mêmes parties il suffit de la plus légère pression pour y produire une tache ecchymotique. Willan, Bateman, et plus tard Biett, ont cité des exemples où l'épiderme au niveau des macules du purpura hémorrhagique ou asthénique était soulevé sous forme d'ampoules ou bulles contenant une certaine quantité de sang liquide. Ces faits exceptionnels doivent être rapprochés de ce qui se passe fréquemment sur le tissu muqueux qui laisse dans cette affection transsuder le sang, produisant ces hémorrhagies plus ou moins considérables par la bouche, les narines, le vagin, le rectum, etc. Les phénomènes généraux sont également, dans cette espèce de purpura hémorrhagique, en rapport avec l'état général dont il n'est qu'un des symptômes; de là la lassitude dans les membres, le malaise et les douleurs vagues, l'accablement et l'inaptitude aux mouvements, signalés par tous les auteurs. Le purpura hémorrhagique, ou mieux asthénique, est un des symptômes obligés du scorbut, non-seulement du scorbut aigu, beaucoup plus fréquent qu'on ne semble le croire depuis déjà plusieurs années, mais encore de la cachexie scorbutique, si fréquente dans l'enfance, comme on peut s'en assurer dans les hôpitaux consacrés à cet âge.

Il se montre également dans les convalescences longues et pénibles, quand la constitution fléchit. Il vient fréquemment compliquer certaines maladies graves à formes aiguës lorsqu'elles apparaissent chez

des enfants débiles, appauvris par la misère ou une mauvaise hygiène. Enfin, on le voit fréquemment parmi les jeunes populations ouvrières des fabriques, tandis qu'au contraire il apparaît très-rarement désormais chez les jeunes détenus, depuis qu'à l'instar de la colonie de Mettray, ils se livrent aux travaux salutaires de la campagne.

Le diagnostic de ces deux formes essentiellement différentes du purpura, qui ne sont rapprochées que par une identité de lésion, malgré leurs différences cliniques et nosologiques si considérables, ne peut jamais offrir de difficultés. Les auteurs ont donné avec raison un signe particulier. C'est que les taches du purpura conservent leur couleur sous le doigt qui les comprime. Il faut se rappeler que ces macules ont été prises assez souvent pour des piqûres de puces ou de punaises si fréquentes en certains climats, parmi les populations pauvres.

Mais avec une certaine attention, il sera facile de distinguer le point particulier, qui indique précisément l'endroit où les parasites ont mordu.

L'apparence extérieure des malades rend toujours le diagnostic facile. Dans la forme sthénique la coloration, la vigueur des individus soumis, soit aux exercices violents, soit à toute autre cause stimulante énergique, rendent évidente la nature du purpura. Dans la forme par dépression asthénique ou hémorrhagique des auteurs, l'apparence scorbutique des malades, qui sont habituellement pâles, sans énergie, légèrement bouffis, épuisés par la diarrhée, le doute est éga-

lement impossible. Chez l'adulte les mains et le visage sont assez rarement envahis par ces taches ecchymotiques. Il n'en est pas de même chez l'enfant où elles se rencontrent presque aussi fréquemment sur ces parties que sur les autres points du corps.

Nous avons observé le purpura asthénique à tous les âges de la vie ; nous avons constaté, chez des enfants à la mamelle, des taches ecchymotiques discrètes coïncidant avec des gangrènes phagédéniques ultimes. Mais nous avons observé des faits de ce genre beaucoup plus fréquemment dans le cours de la deuxième enfance. Chez les enfants à la mamelle les taches ressemblaient à des *nævi*. Ce n'était que l'observation suivie pendant quelques jours qui montrait suffisamment la nature de ces macules hémorrhagiques.

Le pronostic et la durée du purpura sont intimement liés à l'état général qui domine ce symptôme, souvent grave dans la forme asthénique, quand il est l'expression d'une cachexie profonde ou quand des hémorrhagies viennent détruire encore les forces épuisées des malades. On a de fréquents exemples de morts subites par ces sortes d'hémorrhagies passives. La forme active du purpura est de beaucoup la plus rare et la moins sérieuse pendant la jeunesse ; elle laisse d'ailleurs au médecin une part considérable dans la possibilité de la guérison.

On rencontre assez fréquemment des cas de purpura qui ne semblent point appartenir à l'une de ces deux formes et qui paraissent répondre à ce que les

auteurs ont décrit sous le nom de *purpura simplex*. Ils n'offrent pas en général la gravité et les caractères tranchés de l'une ou de l'autre de ces formes. Ils surviennent le plus fréquemment chez des enfants des villes qui souffrent légèrement d'un séjour prolongé dans un milieu mal aéré ou d'une nourriture peu réparatrice. Ces cas sont habituellement légers, les taches d'un rouge pâle sont discrètes, peu étendues, et ne se compliquent pas d'hémorrhagie. En un mot, le symptôme est d'autant moins prononcé que les causes débilitantes ont agi avec peu d'énergie. Ces exemples ne doivent point faire repousser la division fondamentale, car ils ne sont que des manifestations légères d'un état constitutionnel encore peu appauvri. Enfin il est arrivé que les taches scorbutiques du purpura asthénique ont été prises par des médecins experts pour des ecchymoses consécutives aux violences extérieures. Il suffit de rappeler la ressemblance qu'elles peuvent offrir avec les sugillations, les contusions et les meurtrissures, pour éviter la possibilité de pareilles erreurs.

TRAITEMENT DU PURPURA.

Ce traitement varie suivant la cause ou mieux suivant la forme sthénique ou asthénique de la maladie.

Dans le premier cas, si les symptômes fébriles sont graves, si les hémorrhagies n'ont pas été abondantes, et que le pouls soit plein, vibrant, avec tous les signes qui accompagnent la pléthore, les émissions san-

guines doivent être pratiquées. Elles sont accompagnées d'une diète légère et de l'usage de boissons acidules. Mais on sait combien cette forme est rare chez l'enfant.

La forme asthénique au contraire est très-commune; elle peut succéder à toutes les maladies, à toutes les causes quelconques qui ont appauvri la santé. Lorsque les voies digestives le permettent, on doit recommander une nourriture abondante et saine. Les hémorrhagies sont combattues par des moyens appropriés à chacune d'elles. Ainsi on prescrira contre les ecchymoses et les pétéchies des lotions stimulantes alcoolisées ou chargées de chlorure de chaux, d'eau blanche, etc. Contre les épistaxis on emploiera des lotions d'eau froide sur la tête, ou des lotions astringentes, des pédiluves sinapisés et enfin le tamponnement. Ces moyens sont favorablement aidés par l'emploi du quinquina à l'intérieur. M. Bretonneau accorde une grande confiance à la poudre de quinquina jaune donnée d'une façon quotidienne contre ces épistaxis si fréquentes dans le cours de la deuxième enfance et qui contribuent souvent à provoquer une grande pâleur habituelle.

Le fer, le sirop antiscorbutique, les amers, etc., sont des moyens qui trouvent fréquemment leur emploi dans cette forme de purpura.

HUITIÈME CLASSE

MALADIES CUTANÉES CACHECTIQUES

Le mot *cachexie* a souvent varié de signification, il a subi, comme tant d'autres du langage médical, les influences des systèmes régnants et des explications propres à tel ou tel auteur. Il s'entend actuellement dans le sens d'une constitution appauvrie, détériorée consécutivement à des altérations diverses, physiques ou fonctionnelles.

Les cachexies peuvent être, en effet, le résultat de causes nombreuses.

Elles sont la terminaison de bon nombre de maladies chroniques, de plus, elles ont ensemble une grande ressemblance, quelle que soit la différence des causes. A tel point qu'il est possible, sans trop forcer l'analogie, de les comparer aux agonies, qui ont également entre elles de grandes ressemblances, malgré la diversité des faits pathologiques, qui peuvent présider à leur production.

On sait combien chez les vieillards et même chez l'adulte, les cachexies donnent une physionomie par-

ticulière à certaines affections cutanées qui leur sont propres. Les cachexies ont le triste privilége de provoquer un assez grand nombre de maladies de la peau. Déjà même plusieurs auteurs ont fait jouer un rôle considérable à l'état général plus ou moins altéré, plus ou moins cachectique dans le degré d'aptitude à subir les affections *parasitiques*. Nous avons ici réuni sous le nom de maladies cachectiques plusieurs affections cutanées dont les lésions sont certainement très-disparates. Mais personne, du moins le pensons-nous ainsi, ne contestera leur rapprochement clinique.

Dans la seconde, et surtout dans la première enfance, les cachexies sont tout aussi fréquentes qu'aux autres âges de la vie, et même, si nous disons toute notre pensée, nous les croyons plus fréquentes.

Parmi les nombreuses causes qui tendent à agir d'une façon énergique sur les nouveau-nés, il y en a quelques-unes sur lesquelles on insiste généralement trop peu. Nous voulons parler de l'encombrement et de l'alimentation. L'encombrement est en effet la plus meurtrière des conditions pour l'enfance. Il crée avec une rapidité inouïe les miasmes les plus délétères, les plus violents. Ce qui se passe pour l'adulte dans les camps, n'est en quelque sorte que le diminutif de ce qui se produit pour le jeune âge. A cette époque de la vie, en effet, l'aptitude à concevoir les germes morbides est à son maximum de puissance. Toutes les contagions ont une prise énorme sur les économies infantiles.

Pour résister aux influences miasmatiques, conta-

gieuses ou non, il faut une dose d'équilibre et de stabilité fonctionnelle qui ne se rencontre pas chez l'enfant où la résistance vitale semble si peu énergique quoi qu'on en ait dit. Aussi les nouveau-nés arrivent-ils rapidement à un état de débilité et d'atonie remarquable. Bon nombre d'entre eux ont déjà une vitalité presque éteinte, qu'ils présentent encore un certain degré d'embonpoint, et leurs visages laissent à peine prévoir une fin aussi prompte. L'alimentation dans les premiers mois de l'existence est, plus qu'à aucune époque de la vie, la fonction la plus impérieuse de toutes. Elle ne peut souffrir dans son intégrité absolue, sans un dommage considérable immédiat pour le nouveau-né. Quand on observe comment les choses se passent si souvent, touchant la manière de faire de certaines nourrices et même de certaines mères, il est facile de se rendre compte de l'énorme mortalité qui frappe quelques classes particulières de nouveau-nés. Il arrive souvent que des mères soigneuses et attentives laissent péricliter leurs nourrissons, malgré leur bon vouloir, soit par défaut ou insuffisance dans la quantité du lait, soit par des maladies des mamelons. Celles-ci, comme chacun le sait, sont nombreuses, et parmi elles, il en est une sur laquelle beaucoup de mères passent légèrement, parce qu'elles n'éprouvent pas de douleurs capables de solliciter leur attention. Nous voulons parler de la brièveté du mamelon. Cet organe si important pour la succion de l'enfant est souvent trop court; les lèvres seules peuvent le saisir, ce qui détermine une fatigue dont le résultat est d'affaiblir l'enfant d'autant

mieux, que malgré son avidité, il ne se nourrit que d'une façon incomplète. Les crevasses du mamelon, qui, au contraire, provoquent des douleurs très-vives, sont parfois une cause de dépérissement des nourrissons par le fait même des nourrices. Le défaut ou la diminution de l'alimentation, qui en sont les conséquences, jettent rapidement les nourrissons dans un état cachectique.

Un fait capital et vraiment clinique de ce groupe, c'est la fréquente réunion chez le même sujet de plusieurs des maladies qui le composent, et, en outre, toutes ces affections cutanées ont une grande tendance à être envahies par la gangrène phagédénique, qui est en quelque sorte le dernier terme des affections cutanées cachectiques infantiles.

S'il est vrai que les cachexies du nouveau-né n'ont pas exactement le même aspect que celles d'un âge plus avancé, il n'est pas moins vrai que les affections cutanées apparaissant sous l'influence de cachexies sont tout aussi communes chez le nouveau-né que dans le cours de la seconde enfance. Les dissemblances tiennent à l'âge lui-même. Un nouveau-né peut être cachectique, sans avoir une apparence extérieure aussi altérée que celle d'un enfant plus âgé. (Voir *Diagnostic de la syphilis.*)

SECTION I. — PEMPHIGUS CACHECTIQUE.

Le pemphigus est une affection bulleuse du système cutané, caractérisée par des taches rosées, suivies de

la formation de bulles contenant du pus ou de la sérosité.

Il avait été autrefois rapproché de la syphilis, puis ce rapprochement ayant été généralement repoussé, cette maladie de la peau tomba en quelque sorte dans l'oubli.

Mais, en 1851, M. le professeur P. Dubois, dans un très-remarquable discours à l'Académie de médecine, s'appuyant sur les recherches du docteur Danyau, chercha à démontrer la nature syphilitique du pemphigus des nouveau-nés. Cette opinion fut vivement repoussée par quelques orateurs ; aussi on est frappé, en l'étudiant dans les traités spéciaux, du désaccord établi entre les auteurs. Les dissidences sont considérables : les uns montrent sa constante bénignité, et les autres, au contraire, son extrême gravité dans presque tous les cas. Pour nous, l'explication de ces différences se trouve dans ce fait qu'il existe deux variétés de pemphigus, l'une inflammatoire simple, l'autre cachectique ; la première constamment bénigne, tandis que la variété cachectique, toujours ultime, emprunte à la cachexie, dont elle est l'une des expressions, sa constante gravité. Cette dernière forme, qui seule doit ici nous occuper, se caractérise par des bulles qui siégent de préférence aux faces plantaires et palmaires des pieds et des mains. Quand on peut assister à la naissance des bulles, on les voit généralement précédées de taches rosées,

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine.* 1851, t. XVI, p. 971 et suiv.

puis d'un rouge de plus en plus foncé et enfin d'une coloration violacée ; en même temps on perçoit à la base une légère induration. Elles sont parfois entourées d'un cercle violacé, lequel, au contraire, fait défaut autour des bulles du tronc.

Le plus souvent les bulles du pemphigus cachectique atteignent moins rapidement leur plus grande dimension que celles du pemphigus infantile simple. Elles diffèrent par leur volume et la sérosité qu'elles contiennent. Dans l'espèce appelée simple elles peuvent atteindre le volume d'une noix ou d'un petit œuf; celles du pemphigus cachectique ne dépassent guère généralement celui d'un pois ou d'une noisette ; de plus elles sont le plus souvent aplaties et assez irrégulièrement arrondies. Dans la forme cachectique la sérosité n'est pas aussi limpide, elle n'a pas cette transparence opaline qui se rencontre dans l'autre forme ; au contraire, la sécrétion est d'abord jaunâtre et puriforme, puis bientôt trouble et séro-sanguinolente, parfois même le liquide contenu ne consiste que dans une certaine quantité de sang altéré, répandant une odeur infecte. La question de durée du pemphigus est surtout liée au degré de vitalité du petit malade et à la manière dont l'évolution s'opère. Si toutes les bulles se développent simultanément sur toutes les parties du corps, la durée totale de l'exanthème sera celle d'une de ses bulles prise isolément. Mais lorsque l'éruption est successive et que les phlyctènes n'apparaissent que les unes après les autres, la durée de l'affection est soumise à la résistance plus ou moins énergique de l'enfant.

Lorsqu'on assiste aux premiers développements du pemphigus cachectique, on arrive en moyenne à admettre de 6 à 12 heures pour les périodes de rubéfaction, de tuméfaction et de vésication. Pour les progrès et l'état stationnaire de la phlyctène de 2 à 4 jours, enfin 24 ou 36 heures pour la moyenne de la durée des périodes de rupture, d'affaissement, etc. Mais il est rare d'assister ainsi à toutes les phases de cette affection, car elle appartient souvent à la fois à la vie intra-utérine et à la vie extérieure. Les bulles peuvent prendre naissance et se développer sur le corps du fœtus alors même qu'il est encore baigné du liquide amniotique et se montrer déjà à la naissance, sous l'apparence d'ulcérations caractéristiques qui leur succèdent. « L'apparition, dit M. Dubois, du pemphigus *syphilitique* précède généralement la naissance et quelquefois d'un laps de temps assez long pour que, dans la plupart des cas, l'on puisse voir, aussitôt que l'enfant est né, des bulles déjà crevées et vides à côté d'autres qui commencent à paraître et d'autres encore qui sont parvenues au terme de leur évolution. »

Le pronostic toujours funeste de ce redoutable symptôme ou plus exactement l'état général grave dans lequel il apparaît, ne permet pas facilement d'assister à toutes les phases de son évolution pathologique. Il arrive, le plus souvent, comme nous venons de le dire, que le commencement s'opère avant la naissance et que la mort interrompt brusquement les dernières périodes. La nature spécifique de cette variété du pemphigus infantile a été affirmée par un ensemble de

circonstances qui coïncident avec lui, car, il faut l'avouer, il n'a par lui-même aucun signe distinctif pathognomonique pour le séparer du pemphigus non syphilitique. Ces circonstances sont, en première ligne, la gravité de l'état général, l'époque hâtive de son apparition et souvent la syphilis évidente chez les ascendants de l'enfant; enfin, ce fait signalé par M. Dubois, son développement sur des nouveau-nés offrant l'aspect extérieur *décrépit*, donné autrefois comme un des meilleurs caractères de la syphilis congéniale. Le diagnostic de cette affection ne peut offrir que rarement des difficultés; seulement lorsque les bulles sont nombreuses et rapprochées, il peut après leur rupture en résulter des exulcérations irrégulières, serpigineuses; et comme toujours il existe un état général cachectique, les ulcérations phagédéniques et gangréneuses font promptement leur apparition; et si la mort n'arrive pas assez tôt, on peut assister à toutes les phases des altérations locales propres aux affections ulcéreuses cachectiques infantiles. Cette terminaison n'est nullement propre au pemphigus; on peut la retrouver, comme nous le verrons plus tard, dans tous les cas où les enfants deviennent très-cachectiques. En même temps que cet exanthème se développe, il survient toujours des symptômes généraux plus ou moins graves. Le plus prompt à se produire est la diarrhée: les selles sont glaireuses, sanguinolentes, puis le vomissement et le météorisme abdominal suivis ou précédés d'accès violents de suffocation. Le marasme arrive rapidement, et souvent au moment de la mort il

existe, comme nous l'avons dit, des ulcérations phagédéniques et gangréneuses aux malléoles, aux parties génitales, mais surtout dans la cavité buccale, les fosses nasales et le pharynx.

Les opinions des syphiliographes, comme nous l'avons vu, ne sont point d'accord sur la nature syphilitique du pemphigus; il reste encore deux camps nettement séparés: les uns affirment l'origine syphilitique et les autres refusent de l'admettre, parce que cette éruption n'offre pas les signes communs aux autres symptômes de syphilis, tels que couleur cuivrée, forme arrondie des bulles. Peut-être serait-il possible de concilier ces deux opinions exclusives, en remarquant que le pemphigus des nouveau-nés est une affection caractérisant un état général grave, ou en d'autres termes, ce pemphigus est une de ces affections cutanées formant un groupe à caractères bien tranchés, auxquelles nous ajoutons l'épithète de cachectique.

De là ces caractères spéciaux qui le distinguent du pemphigus infantile simple (voir maladies inflammatoires) tels que la gravité du pronostic, sa tendance ulcéreuse, son développement incomplet. Enfin la question de son moment d'apparition peut être également expliquée par cette considération sur sa nature. Car parmi les cachexies que peut apporter au monde l'enfant naissant, la cachexie syphilitique est certainement la plus commune. L'aspect décrépit, de même que le pemphigus, n'a-t-il pas été donné comme caractère pathognomonique de la syphilis? Et pourtant cette décrépitude n'a rien de spécial, mais elle

aussi est également une expression cachectique.

Or, chez les nouveau-nés, la syphilis est la maladie qui provoque le plus fréquemment un état cachectique préparé de longue main pendant la vie intra-utérine. De là l'épithète de syphilitique imposée au pemphigus des nouveau-nés, ainsi qu'à la décrépitude signalée par Doublet.

Aussi pour nous le pemphigus, bien que pouvant être lié à la syphilis en tant que productrice de l'état général cachectique qui préside au développement de cet exanthème, n'est point une expression franche de la syphilis. Il peut être une forte présomption d'infection congéniale, mais sur sa présence seule, sans autre indice, il nous paraît sage d'attendre une vérification de la santé des ascendants pour établir une certitude absolue. Ces conclusions d'ailleurs ne nous sont pas personnelles; elles sont soutenues par des hommes qui font autorité dans la science.

SECTION II. — RUPIA.

On connaît généralement sous le nom de *rupia* une affection cutanée caractérisée par de petites bulles isolées, discrètes, remplies d'un liquide séreux d'abord, puis trouble et purulent ou sanguinolent. La physionomie de ces bulles est loin d'être toujours la même; ces différences sont intimement liées au degré d'altération plus ou moins profonde du malade. Cette affection cutanée, toujours chronique, est le signe d'un appau-

vrissement de l'état général; aussi jamais on ne la constate chez des enfants sains et vigoureux. Elle est véritablement l'expression plus ou moins avancée d'un état de cachexie. Les ulcérations rebelles, qui sont souvent la conséquence des bulles du rupia, en sont une preuve. Les auteurs ont décrit trois variétés représentant les trois degrés d'intensité qui caractérisent les différences de la maladie, suivant les conditions générales du sujet. Ces trois variétés sont le *rupia simplex*, le *rupia proeminens* et le *rupia escarrotica*.

Le *rupia simplex* se montre habituellement sur les jambes, plus rarement sur le tronc et les autres parties du corps. Il débute par l'apparition d'une ou plusieurs bulles aplaties d'un centimètre de diamètre environ, contenant une sérosité liquide. Celle-ci, bientôt, se trouble, devient purulente et se transforme en croûtes d'une couleur brune, dont la forme est particulière. Leur sommet est saillant, en forme de cône, tandis que la circonférence de la base fait suite à l'épiderme, soulevé par la suppuration. Sous cette croûte, qui tombe assez rapidement, il existe une ulcération superficielle, qui, en général, guérit assez vite, eu égard aux ulcérations des espèces suivantes de rupia. Les cicatrices et les exulcérations ont une coloration rouge foncée, remarquable par son intensité et la lenteur qu'elle met à disparaître.

Le *rupia proeminens* offre des bulles plus larges, des croûtes considérables et des ulcérations profondes. Une tache rouge circulaire signale le début d'une de ces bulles; puis un liquide brunâtre, plus ou moins

épais, soulève assez lentement l'épiderme et forme bientôt une croûte dont l'épaisseur et la largeur augmentent les jours suivants. Dans cette variété, il existe ce qui ne se rencontre pas dans la précédente : c'est l'existence d'une aréole rouge, de quelques lignes de largeur, qui entoure la croûte. L'épiderme de cette aréole rouge est soulevé à son tour par de la sérosité, qui devient ainsi l'origine d'une croûte s'ajoutant à l'étendue de la première. C'est ainsi que, dans une ou deux semaines, les croûtes primitives parviennent à atteindre la dimension qui les a fait comparer à des écailles d'huîtres. En même temps qu'elles s'élargissent ainsi, elles s'accroissent en hauteur, pour prendre la forme conique.

Quand on détache ces incrustations, qui sont le plus souvent très-adhérentes, on trouve au-dessous une ulcération d'une étendue et d'une profondeur souvent considérables. Suivant l'état plus ou moins avancé de la cachexie du malade, il se reproduit des croûtes semblables, ou au contraire un travail ulcéreux s'établit, et ces ulcérations reçoivent le nom d'*ulcères atoniques*, dont la cicatrisation est si difficile et si longue à obtenir. Les cicatrices ont un caractère propre de fragilité qui les laisse fréquemment se rompre, et elles offrent une teinte violacée persistant fort longtemps.

Cette variété de rupia est rare chez l'enfant ; c'est des trois la plus rare ; elle est au contraire fréquente dans la cachexie des vieillards, tandis que la variété suivante est celle qu'on pourrait appeler propre à l'enfance.

Le *rupia escarrotica* est le plus souvent une maladie cutanée qu'on peut appeler *ultime*.

Ici les croûtes, si remarquables, des deux variétés précédentes, ne se reproduisent plus. Sur le scrotum, les jambes, les cuisses, rarement aux membres supérieurs des enfants cachectiques de la *première enfance*, il survient des taches rouges, livides, dont l'épiderme est soulevé par une petite quantité de liquide sérosanguinolent. Ces bulles s'agrandissent irrégulièrement et prennent un aspect noirâtre.

La pellicule épidermique, une fois rompue, laisse à nu le derme, qui s'ulcère, et si la mort n'arrive pas rapidement, ces ulcérations ne tardent pas à offrir toutes les phases de la gangrène phagédénique des enfants.

Fréquemment il arrive que cette variété de rupia est accompagnée par d'autres manifestations cutanées, telles que l'ecthyma cachectique, la gangrène phagédénique qui vient le compliquer, et parfois le purpura hémorrhagique.

Le rupia, en général, est, comme nous l'avons dit, la conséquence d'un état cachectique. Chez l'enfant, la cachexie est beaucoup plus rapide à apparaître que chez l'adulte et le vieillard. Tous les auteurs ont dit que cette affection survenait dans le cours des convalescences de fièvre grave, de rougeole, de variole, etc.; mais elle apparaît aussi après toutes les causes de débilitation, quelles qu'elles soient, surtout l'encombrement, la misère et les privations.

Le diagnostic du rupia n'est jamais difficile ; il est

suffisamment caractérisé par la physionomie des bulles suivies de ces croûtes à surface rugueuse, formées par une suite de zones concentriques qui correspondent à chaque accroissement de la croûte. Quelques auteurs ont appelé les bulles du *rupia escarrotica* pemphigus gangréneux. On comprend sans peine, en effet, combien ces deux affections ont alors de similitude dans ces conditions. Le pemphigus cachectique a la même valeur clinique, la même apparence, la même lésion que le *rupia escarrotica*.

Il n'en est pas tout à fait de même de l'ecthyma cachectique, qui, bien qu'ayant la même signification pronostique, n'offre pas une même ressemblance. L'ecthyma est nettement pustuleux, avec les croûtes fortement enchâssées dans la peau. Les ulcérations qui succèdent à l'ecthyma n'ont pas le même aspect : les bords sont taillés à pic ; elles sont parfaitement rondes, et le plus souvent agglomérées en grand nombre les unes près des autres.

La gravité du pronostic du rupia est empruntée aux états morbides dans lesquels il survient. Généralement, cette affection se montrant chez les enfants chétifs, malingres, est longue et rebelle ; les ulcérations qu'elle laisse sont souvent fort lentes à conduire jusqu'à la cicatrisation complète.

Lorsqu'il survient chez les enfants cachectiques, il est un signe le plus souvent fâcheux qui vient s'ajouter à tant d'autres. L'âge des malades est ici une considération importante ; à mesure que le sujet se rapprochera de la puberté, le rupia aura moins de gravité;

au contraire, plus l'enfant est jeune, plus le danger est grand.

SECTION III. — ECTHYMA CACHECTIQUE.

L'ecthyma cachectique, chez les enfants, comprend ce que les auteurs ont décrit sous les noms d'*ecthyma infantile*, d'*ecthyma chronique*, d'*ecthyma luridum* et d'*ecthyma cachectique*.

On sait que l'ecthyma est une affection caractérisée par des pustules larges et proéminentes dont la base est rouge, circulaire et élevée. Willan s'était en quelque sorte servi de ces pustules pour désigner le type de ce qu'il appelait les pustules *phlyzaciées*.

L'ecthyma cachectique siége de préférence sur le tronc, il débute par de petites papules d'un rouge foncé, qui en quelques jours se convertissent en des pustules plus ou moins grosses remplies de sérosité sanguinolente. La pellicule épidermique se rompt, le liquide est évacué et se trouve remplacé au bout d'un temps très-court par une croûte épaisse, saillante, solidement attachée à la peau qu'elle n'abandonne qu'après quelques semaines d'existence.

Lorsque ces croûtes viennent à être détachées avant leur chute spontanée, ou lorsque l'état général du malade s'appauvrit de plus en plus, il survient à la place des croûtes des ulcérations sordides, à fond grisâtre, qui ne tendent nullement à guérir. Si, au contraire, la croûte est restée longtemps et que l'état général s'améliore,

la chute des croûtes laisse à nu des cicatrices violacées qui conservent fort longtemps cette teinte.

Ces deux manières d'être de l'ecthyma cachectique constituent pour ainsi dire deux formes de cette affection cutanée. Les différences sont essentiellement sous la dépendance de l'état général, comme on peut s'en assurer chez des enfants séjournant longtemps dans les établissements hospitaliers, pour une affection chronique qui les conduit plus ou moins rapidement à la mort. C'est ainsi qu'il arrive surtout chez les enfants sevrés prématurément, ayant souffert d'une mauvaise alimentation, ou ayant été privés de soins hygiéniques, de voir se développer l'ecthyma cachectique compliqué d'ulcérations phagédéniques.

Chez ces petits êtres il survient, soit sur le dos, soit sur l'abdomen, des pustules qui très-rapidement sont gonflées de pus; elles se crèvent et laissent à leur place une ulcération à forme particulière. En général, celle-ci est parfaitement circulaire, les bords taillés à pic avec une régularité qui rappelle les trous faits dans le cuir avec un emporte-pièce. Le fond de ces ulcérations est grisâtre, saignant au moindre attouchement, leur pourtour n'est nullement gonflé, c'est à peine s'il existe un peu de rougeur à la circonférence. Le plus souvent elles sont agglomérées, on peut en compter une trentaine sur une surface qui ne dépasse pas la largeur de l'abdomen ou du dos. Sur les limites de cette agglomération, on voit habituellement quelques pustules, généralement petites, d'ecthyma achevant leur évolution, qui le plus souvent se fait d'une fa-

çon rapide afin de se convertir en ulcère. Il est très-fréquent de rencontrer plusieurs ulcérations qui se réunissent en une seule ; alors il en résulte un ulcère à forme irrégulièrement circulaire où l'on reconnaît facilement le nombre et la forme ronde des ulcérations qui, par leur réunion, ont contribué à produire cette espèce d'état ulcéreux. Sur cet ulcère dont la dimension plus grande permet d'étudier plus facilement le fond, il est facile de mesurer la profondeur du travail ulcéreux. Généralement le derme y est détruit dans presque toute son épaisseur. Cette destruction laisse sur le fond de l'ulcère un détritus grisâtre qui est en tout semblable à celui qui caractérise la gangrène phagédénique. De même que dans celle-ci, la suppuration est presque nulle ; de même aussi pareille facilité à laisser écouler du sang, qui s'échappe en petite quantité en détachant les linges lorsqu'ils ont contracté en se séchant sur les plaies, une certaine adhérence. Cet ensemble de véritables ulcères dont les dimensions sont environ d'un centimètre de diamètre chacun, constituent par leur rapprochement ce que pourrait faire un coup de feu chargé à gros plomb, tiré à une distance rapprochée sur un corps mort où l'élasticité ferait complétement défaut, laissant ainsi à chaque perforation les dimensions du projectile. En effet, le rapprochement de tous ces ulcères qui sont en général groupés sur une petite partie du corps, est un des traits principaux de l'aspect de l'ecthyma cachectique. Le développement de cette affection est toujours lié à un état général profondément

altéré. On ne la voit survenir avec cette apparence si saisissante, que chez des jeunes enfants de la première et de la seconde enfance déjà très-appauvris par des maladies antérieures ou par la misère et les privations. Il suffit d'en avoir vu un seul exemple pour ne jamais le méconnaître. Cette dernière forme, qu'on pourrait appeler ulcéreuse, ne se rencontre en quelque sorte que comme un phénomène ultime. Par conséquent le pronostic de l'ecthyma cachectique est toujours sérieux, par cela même qu'il se trouve lié à un état général plus ou moins profondément débilité. Nous rappellerons qu'apparaissant chez des enfants maigres, décolorés, diarrhéïques, il est souvent pris pour un symptôme de syphilis, à cause de ses ulcérations à forme ronde, dont le pourtour est quelquefois d'une teinte violacée, et surtout à cause de l'état général dont il n'est qu'un symptôme.

SECTION IV. — GANGRÈNE PHAGÉDÉNIQUE.

Le jeune âge est soumis au développement spontané d'ulcérations ayant des caractères très-nets et très-tranchés. Ces manifestations morbides peuvent revêtir plusieurs formes caractéristiques.

L'une d'entre elles est la gangrène de la bouche, qui, par son allure et son aspect, a dû nécessairement frapper tout d'abord l'attention des observateurs. Il peut paraître étrange de voir la gangrène de la bouche rapprochée des affections cutanées. Nous avons cherché,

en collaboration avec notre savant maître, le docteur Bouley, à démontrer, en 1852 (1), que les *gangrènes phagédéniques*, dont la gangrène noire de la bouche n'est en quelque sorte que la lésion à son plus haut degré d'acuïté, ne sont en réalité que des symptômes locaux liés à un état cachectique dont nous avons donné les principaux caractères, et montré la fréquente origine *scorbutique*. On comprend facilement combien la gangrène de la bouche a dû attirer l'attention des observateurs ; mais il est impossible de la séparer des gangrènes phagédéniques, puisque, comme celles-ci, elle est sous la même dépendance pathogénique, que les lésions sont les mêmes, et que la seule différence consiste dans une acuïté de marche plus ou moins rapide. Aussi, dans le travail déjà cité, avions-nous divisé ces affections :

1° En ulcérations phagédéniques d'aspect et de marche asthéniques ;

2° En ulcérations à marche suraiguë, rapidement *gangréneuses* (gangrène de la bouche) ;

3° Escarres jaunes, qu'on pourrait appeler ultimes.

Ne voulant point faire ici l'histoire de la gangrène de la bouche, nous nous bornerons à rappeler son identité avec les gangrènes phagédéniques, dont nous restreindrons l'étude à la forme appelée gangrène phagédénique asthénique, qui se manifeste de préférence sur le système cutané.

Depuis la naissance jusque vers dix ou douze ans, sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques,

(1) *Gazette médicale de Paris.*

telles que la misère, l'encombrement et surtout l'état particulier de l'économie qui succède aux fièvres éruptives, on voit survenir de véritables ulcères, d'une physionomie et d'une marche toujours identiques, sur certains points de la surface cutanée et des tissus muqueux.

Tantôt ces ulcérations sont essentiellement phagédéniques, et restent telles jusqu'à la mort du malade, ou jusqu'à ce qu'un traitement énergique parvienne à les modifier ; tantôt elles passent, aussitôt après leur apparition, à la gangrène noire et solide, de laquelle on peut donner pour type la gangrène de la bouche, si souvent décrite ; tantôt, enfin, sous l'influence du même état général, des parties plus ou moins considérables du tissu muqueux sont d'emblée frappées de mort, sans qu'il y ait eu aucun travail préalable appréciable. Ces escarres offrent alors cette particularité, qu'elles ne sont jamais sèches, noires et solides, comme celles qui se voient dans la gangrène de la bouche proprement dite ; elles offrent, au contraire, un tout autre aspect, et ce n'est qu'accidentellement qu'elles sont éliminées par le ramollissement, parce que, habituellement, la mort du malade survient avant qu'elles ne subissent des altérations ultérieures. Ce sont là les trois variétés de gangrènes phagédéniques que nous avons énumérées.

L'espèce qui se rattache directement à notre sujet, et qui seule nous intéresse, c'est-à-dire les gangrènes phagédéniques à marche asthénique, se développe soit au liséré des gencives, ou dans les culs-de-sac des

replis gengivo-buccaux, soit sur tous les points de la surface cutanée où la peau a pris quelque analogie avec le tissu muqueux, soit enfin sur les surfaces dénudées ou exposées, comme disait Hunter.

Elle offre quelques différences d'aspect lorsqu'elle siége dans la bouche ou à la surface cutanée. C'est là que nous devons l'étudier particulièrement.

Sur la peau, on peut la voir naître de plusieurs manières. Ainsi, tantôt le point de départ d'un de ces ulcères est une petite pustule semblable à celle d'un ecthyma, qui, se crevant rapidement, donne lieu à l'ulcération; tantôt il naît d'emblée un véritable point ulcéreux à peine visible, mais néanmoins d'un aspect caractéristique, sans qu'il ait été possible de saisir quelque phénomène antérieur. Il semble alors que l'orifice d'un follicule cutané ait été spontanément le siége des ulcérations; mais une fois celles-ci produites, quel que soit leur mode d'apparition, elles se comportent d'une façon identique, et leurs principaux traits sont d'être *serpigineuses*, avec un caractère fondamental qu'elles possèdent au plus haut degré : nous voulons parler du *phagédénisme*.

Leur coloration habituelle est une teinte grise blanchâtre, sanieuse; le plus souvent, au centre de leur surface, plate et uniforme, il existe un détritus fibrillaire humide; d'autres fois ces surfaces sont grenues et régulières, avec une certaine tendance à la sécheresse, comme si elles étaient le résultat tout récent d'une brûlure. Lorsqu'elles ont acquis de grandes dimensions et qu'elles ont pénétré profondément dans

l'épaisseur du derme, ces surfaces, bien que sanieuses et humides, sont très-régulièrement réticulées, comme si elles reproduisaient les alvéoles cellulaires sous-cutanées.

Lorsque les progrès d'envahissement serpigineux de ces ulcères sont un peu ralentis, leurs bords deviennent très-nettement taillés à pic; ils offrent toujours des courbes arrondies, mais tout en circonscrivant des espaces ovalaires et des cercles réguliers; ils sont constitués par une série de petites lignes brisées éminemment irrégulières. En général, la coloration des bords est habituellement rouge, ou au moins d'une couleur plus animée que les centres des ulcérations. Lorsque celles-ci sont dans leur période d'envahissement, les bords sont taillés obliquement, en biseau, de dehors en dedans, et ils ont une coloration différente du reste de la surface malade; ils forment comme une espèce de liséré autour de l'ulcère. Cette bordure envahissante se reconnaît non-seulement à sa couleur, mais encore à son aspect finement grenu, et en ce qu'elle est seule complétement dépourvue de détritus humides et sanieux.

A mesure que la surface s'agrandit par la progression incessante de ces bords, ceux-là même qui, il y a un instant, se distinguaient nettement du reste de l'ulcération, sont bientôt confondus en prenant tous les caractères du centre de l'ulcère, ou, en d'autres termes, quelle que soit l'intensité de sa marche envahissante, l'ulcération a toujours des bords dont la largeur est fixe, quel que soit le grand développement

de sa surface. Il semble que l'aspect différent de cette espèce de circonférence est dû à ce que la matière organique n'est pas encore réduite en détritus sanieux, et à mesure que ce liséré onduleux s'avance sur les tissus sains, il laisse derrière lui l'aspect sordide propre à ces ulcères phagédéniques.

Ceux-ci ont encore un autre mode d'accroissement. Ainsi, non-seulement ils s'agrandissent par la progression de leurs bords dans tous les sens, mais il est un fait presque constant qui hâte singulièrement le développement rapide de leurs surfaces : tout autour de l'ulcération principale, il survient, comme nous l'avons déjà dit en parlant du mode d'apparition, soit des pustules, soit d'emblée des points ulcéreux, qui, à leur tour, croissent rapidement en étendue, et viennent, par leur union, s'adjoindre à l'ulcération première. De la réunion successive de ces petites surfaces ulcérées, il résulte de grandes surfaces serpigineuses, généralement d'une forme arrondie, avec des bords très-sinueux et souvent même comme festonnés. La marche envahissante et serpigineuse de ces ulcérations peut être comparée fidèlement au mode de progression des chancres vénériens phagédéniques.

En effet, les ulcérations, comme le chancre, envahissent de proche en proche les tissus sains et peuvent couvrir rapidement une grande étendue de la surface cutanée. Comme les chancres encore, elles se répandent en largeur et en longueur sans pénétrer profondément dans l'épaisseur des tissus. On peut dire qu'en général ces ulcères infantiles ne dépassent guère

l'épaisseur du derme ; il est rare d'en rencontrer qui aient intéressé des portions considérables des systèmes musculaire et osseux. Il est pour ces ulcérations un signe fidèle auquel on peut reconnaître l'imminence de leur invasion sur les tissus voisins non encore intéressés : c'est un œdème diffus qui paraît avoir son siége dans le tissu cellulaire sous-cutané et qui forme un véritable bourrelet œdémateux précurseur d'une altération prochaine. L'aspect de ces lésions est toujours le même ; il peut offrir cependant quelques légères nuances dissemblables suivant l'état plus ou moins humide et sanieux de leurs surfaces et suivant les âges des malades. Ainsi, plus l'enfant est âgé, plus en général la marche de la gangrène phagédénique est sur-aiguë, plus les phénomènes sont rapides; les ulcérations sont alors d'autant plus sanieuses et plus humides. Chez les nouveau-nés, au contraire, ces sortes de gangrènes prennent parfois une forme qui les fait toujours méconnaître ; invariablement, on peut le dire, elles sont alors mises sur le compte de la syphilis. En effet, le développement de cette gangrène phagédénique ne s'opère pas de même ; il n'est ni le résultat d'une pustule ni celui d'un point ulcéreux d'emblée, comme précédemment. C'est ainsi que de très-légères *exulcérations* excessivement superficielles succèdent à des taches d'un rouge vif. Souvent même ces taches sont converties en un érythème ou rougeur uniformément généralisée sur tout le tronc ou sur les membres inférieurs. Dans les points où cette rougeur aura sa coloration la plus vive, la plus animée,

ces petites exulcérations apparaissent rares d'abord, puis, suivant l'état général de l'enfant, suivant les soins de propreté et d'*hygiène* auxquels il est soumis, ces exulcérations se multiplient, s'agrandissent, se réunissent en formant les figures les plus irrégulières. Le plus souvent, ces petites exulcérations *essentiellement* superficielles ont des bords ondulés; d'autres fois, par leur ensemble, elles simulent des stries régulières. En les étudiant de près, on peut voir combien elles sont finement grenues, sans aspérités, parfaitement unies, si superficielles que c'est à peine si l'on saisit bien la saillie de leurs bords. Elles sont habituellement nombreuses et si rapprochées que les points rares qui ne sont pas encore envahis forment comme des îlots au milieu des parties malades, et qu'à un premier examen ces îlots de peau saine pourraient être au contraire pris pour les parties lésées.

Ces surfaces superficielles deviennent souvent d'une grande étendue. Nous avons fréquemment étudié de pauvres petits êtres qui en étaient presque littéralement couverts sur toute la moitié inférieure du corps. C'est surtout dans des cas de ce genre, si, par exemple, il existe concurremment quelques affections gourmeuses sur la tête ou sur le visage, qu'inévitablement les enfants nouveau-nés passent aux yeux du plus grand nombre des médecins pour syphilitiques. C'est après avoir vu naître ces altérations dans des conditions *hygiéniques spéciales* que nous avons douté de la nature syphilitique de ces lésions souvent mortelles. Nous avons cherché dans ces cas s'il y avait

moyen de les expliquer par quelques faits syphilitiques du côté des ascendants. Nos recherches ne nous ont donné que des résultats négatifs. D'ailleurs, il est évident que les exulcérations des nouveau-nés cachectiques ne sont, en réalité, que la gangrène phagédénique que nous venons de décrire, comme on peut facilement s'en assurer en voyant les mêmes exulcérations prendre parfois à un moment donné l'aspect, l'allure et toute la gravité des gangrènes phagédéniques asthéniques de l'enfant plus âgé. Il y a là identité de nature, identité de cause, identité de lésion. Enfin, une dernière démonstration qui nous fait rapprocher ces exulcérations des nouveau-nés des gangrènes phagédéniques d'un âge un peu plus avancé, c'est que, même chez les nouveau-nés, il arrive assez fréquemment de constater ces exulcérations sur toute la partie inférieure du corps, et alors la lésion occupant la muqueuse vulvaire ou les replis cutanés des cuisses ou du scrotum ne se distinguent en aucune façon de ce que nous avons décrit sous le nom de gangrène phagédénique asthénique. C'est tellement la même chose qu'il ne nous est pas venu à l'esprit d'en faire une division à part. Il y a là, pour qui voudra suivre ces faits sans idée préconçue, une même espèce morbide dont les principales apparences extérieures sont sous la dépendance de l'état général des malades. Seulement nous dirons que, très-souvent, ces exulcérations se montrent chez des nouveau-nés dont l'apparence est très-belle, qui n'ont que très-peu souffert et possèdent encore une résistance vitale plus ou moins

énergique; l'art intervenant dans ces conditions, la guérison peut être obtenue. Et ce qui n'a pas peu contribué à accréditer l'origine syphilitique de ces altérations de la couche la plus superficielle du derme, c'est qu'un des meilleurs agents pour les combattre et les faire disparaître est le sublimé en bains ou en lotions, action curative que cet agent possède d'ailleurs pour un si grand nombre d'affections cutanées.

Toutes les gangrènes phagédéniques, dans quelque lieu qu'elles apparaissent, ont une physionomie particulière qui ne permet pas de les méconnaître, malgré de légères différences se rattachant à l'énergie plus ou moins intense du travail ulcéreux. Au moindre attouchement, toutes ces surfaces laissent sourdre des gouttelettes de sang qui se coagulent sur place, se mêlent au détritus et peuvent donner une coloration noirâtre qui, au premier abord, ferait soupçonner l'existence d'escarres noires gangréneuses. Il suffit d'avoir connaissance de ce fait pour éviter la possibilité d'une erreur de cette nature.

Jamais, à aucun moment de leur existence, il n'est possible d'apercevoir sur ces ulcères une membrane pelliculaire. Nous insistons sur ce point pour répondre d'avance aux personnes qui pourraient supposer que nous entendons décrire ici des cas de diphthérite cutanée.

Jamais, sur aucun point de leur étendue, on ne peut rencontrer quelque chose qui puisse être comparé à la concrétion membraniforme qui caractérise l'affection diphthéritique. En saisissant avec les mors d'une

pince fine les débris humides et jaunâtres de ces surfaces ulcéreuses, on ne retient qu'une sorte de boue gangréneuse, semi-liquide, constituée par le détritus des divers éléments du derme mélangé de globules de pus. Il est d'une évidence incontestable que ces ulcérations sont le résultat d'un travail gangréneux moléculaire, à marche lente, sans aucune production hétéromorphe. Lorsque ces gangrènes asthéniques ont une marche très-lente et qu'elles constituent des sortes d'ulcères d'un aspect caractéristique, il arrive parfois de rencontrer autour d'une large ulcération qui a déjà dépassé l'épaisseur du derme plusieurs ulcères de petite dimension, n'intéressant la peau que dans le quart ou la moitié de son épaisseur. Le plus souvent alors ces points ulcéreux, habituellement de forme elliptique, ont une couleur plus ou moins brunâtre qui rappelle un peu les brûlures au troisième degré. Si l'on n'avait pas sous les yeux des ulcérations phagédéniques considérables existant concurremment, on pourrait hésiter un instant sur la nature de ces lésions, qui n'offrent pas le caractère d'humidité et de ramollissement sanieux aussi prononcé que dans les ulcérations principales.

Parfois même il arrive que, chez les enfants moribonds, il survient, peu de temps avant la mort, quelques points ulcéreux semblables, qui n'ont pas pour ainsi dire le temps de revêtir un aspect plus complet avant la fin du malade. Ces sortes d'ulcérations cutanées sont exactement les mêmes que celles qui se rencontrent parfois aux autopsies dans les mêmes condi-

tions, siégeant sur le tissu muqueux buccal, sans qu'on ait rien soupçonné de ce côté pendant la vie.

Les points du corps où se montre de préférence la gangrène phagédénique sont surtout, comme nous l'avons dit, tous les points où la peau a pris quelque analogie avec le tissu muqueux : tels sont, par exemple, les plis génito-cruraux, le périnée, le pourtour de l'anus et la partie interne des fesses. Dans ce lieu surtout, presque toujours il existe deux ulcérations qui sont exactement appliquées l'une contre l'autre dans le rapprochement normal des fesses. Ce fait presque constant, joint à de nombreux exemples de développements spontanés d'ulcérations phagédéniques sur des parties saines, mais qui se trouvaient juxtaposées sur des surfaces ulcérées, devait inévitablement conduire à l'idée d'une contagion locale possible. Des inoculations pratiquées avec la sanie de ces ulcères sur une partie saine des malades affectés n'ont rien produit, bien qu'elles aient été faites avec soin et répétées une vingtaine de fois. Bien que les gangrènes paraissent se montrer plus fréquemment dans les points que nous venons d'énumérer, on doit cependant admettre que tous les points de la surface cutanée peuvent en être le siége : ainsi le dos, les jambes, chez les nouveau-nés, les fesses, les malléoles, soit par suite de froissements, soit par une cause inconnue, sont souvent envahis par des points ulcéreux dans le cours des maladies chroniques. Enfin, nous avons vu quelquefois les pustules de rupia ou d'ecthyma cachectiques, *les plaies des vésicatoires*, être le point de dé-

part de larges ulcérations phagédéniques envahissantes qui ne tardaient pas à faire périr le malade déjà épuisé.

La durée de cette gangrène phagédénique est longue, si l'on songe à l'état général dans lequel elle se trouve le plus souvent, et surtout si on la compare à la marche suraiguë de la gangrène noire, dite de la bouche. En effet, dans celle-ci les tissus envahis sont immédiatement convertis en énormes escarres, tandis que, dans la gangrène phagédénique asthénique, la marche est lente et les escarres, qui n'existent pas, sont ici remplacées par un détritus sanieux et moléculaire.

Voici les principaux traits caractéristiques de l'aspect, de la marche et de la nature intime de cette gangrène phagédénique, lorsqu'elle siége sur l'enveloppe cutanée. Mais lorsqu'elle existe dans la bouche, il survient des difficultés considérables pour faire accepter notre manière de voir, à cause des espèces nombreuses des maladies décrites comme propres à cette cavité, qui, toutes, à un certain moment de leur existence, peuvent prendre une similitude d'aspect plutôt apparente que réelle, qui n'a pas peu contribué à rendre si complexes et si difficiles l'étude et le classement nosologique de ces affections. S'il est légitime, en pathologie, de conclure à l'identité de plusieurs lésions morbides, lorsqu'il est avéré qu'elles existent habituellement en même temps sur le même malade, qu'elles se montrent presque toujours ensemble dans certaines conditions données; lorsqu'en outre elles offrent le même aspect, la même marche, la même gravité, et l'on pourrait ajouter la même modification par le même agent thérapeutique, nous

pouvons ici dire d'avance que les altérations du tissu muqueux buccal sont également identiques aux ulcères siégeant dans le larynx, dont nous dirons quelques mots plus loin.

La gangrène phagédénique asthénique de la bouche peut se montrer de différentes manières à son début. Ainsi elle peut débuter sous forme d'un ulcère grisâtre occupant le bord onduleux des gencives. Celles-ci sont lentement détruites par les progrès de l'ulcération, qui tend à se propager sur les parties adhérentes au collet des dents d'abord, puis bientôt sur celles adhérentes aux os maxillaires. Les dents, aussitôt la présence du liséré ulcéreux, se recouvrent d'une sanie fétide mêlée de tartre ; elles sont rapidement déchaussées et ne tardent pas à présenter leurs alvéoles mises à nu par les progrès de la gangrène moléculaire. Généralement dans cette forme du début de la gangrène phagédénique, de grandes parties des bords onduleux des gencives sont intéressées à la fois ; la maladie alors se prolonge un temps très-considérable avec des alternatives fréquentes de guérison plus ou moins complète et de réapparition des ulcères jusqu'à un moment donné. L'état général fléchissant davantage, les ulcérations prennent une marche envahissante, tout en ne perdant rien de leur caractère de spécificité et d'asthénie. Mais il arrive souvent aussi qu'elles débutent au bord onduleux des gencives, n'intéressant seulement que les parties correspondantes qui encadrent deux ou trois dents. L'altération commence par une véritable ligne rouge très-fine située

tout à fait au limbe de cette portion de la gencive. En quelques heures, cette ligne rouge peut être convertie en une ligne ulcéreuse qui, très-rapidement, quelquefois en 24 ou 36 heures, peut détruire dans toute sa hauteur le tissu gingival, et cela dans une étendue qui peut ne pas dépasser quelques dents. Cette perte de substance se fait molécule par molécule, sans qu'il en reste d'autre trace que l'espèce de détritus sanieux et sordide qui se voit sur la ligne ulcéreuse. Ordinairement, quand ces ulcérations marchent aussi rapidement, après avoir successivement mis à nu les dents, les alvéoles, puis les parties correspondantes des os maxillaires, elles atteignent le fond des culs-de-sac gingivo-jugaux, et là elles suivent deux voies différentes. D'une part, elles se propagent par continuité sur la muqueuse et la face interne des joues, et de l'autre elles suivent immédiatement le périoste qu'elles détruisent de la même manière que le tissu gingival. Aussi il peut arriver, si une ulcération de ce genre s'est développée, comme cela se voit fréquemment au niveau des dents canine et première molaire d'un des côtés de la mâchoire supérieure, que, le tissu gingival étant détruit, ainsi que le fond du cul-de-sac de la muqueuse correspondante, l'ulcération marche d'un côté en suivant la muqueuse jugale, et de l'autre qu'elle se propage sur le périoste qui double la face externe de l'os maxillaire supérieur, puis sur le périoste de l'os malaire; et enfin une partie même de la paroi inférieure de l'orbite pourra être envahie, comme nous l'avons rencontré un bon nombre de fois.

Dans ces derniers cas, ces ulcérations détruisent complétement le périoste sans en laisser aucun vestige ; elles détruisent également les moyens d'union des parties molles avec les os, de sorte qu'elles se font, pour ainsi dire, entre les surfaces osseuses et les parties molles. Celles-ci ne sont altérées que sur une très-petite épaisseur, elles ne sont plus qu'appliquées sur les os auxquels elles adhéraient intimement avant la propagation de cet ulcère serpigineux. De tels désordres peuvent exister sans qu'ils se traduisent d'une façon bien évidente à l'extérieur. Souvent il arrive de reconnaître tout à coup des lésions considérables, au léger œdème dur et diffus de la joue correspondante ; et en explorant la cavité buccale, on est très-étonné de ne rencontrer parfois qu'une ulcération de petite dimension paraissant bornée au seul tissu de la gencive.

Les surfaces osseuses, ainsi privées de leur périoste, s'altèrent aussitôt, elles deviennent d'abord d'une teinte jaunâtre, puis si le contact de l'ulcération et de ses débris sanieux se prolonge, elles noircissent et deviennent très-friables. On doit noter que, lorsque les os sont envahis sur les points où s'introduisent les filets vasculaires et nerveux d'un certain volume, ces derniers seuls existent intacts, tout le reste est réduit en véritable putrilage. Il est impossible de retrouver quelques traces reconnaissables des tissus normaux. Ces ulcérations peuvent rester plus ou moins stationnaires et n'avoir pas une marche aussi envahissante, mais alors l'œdème qui les environne offre un carac-

tère particulier. En effet, dans ces deux allures différentes du même mal, cet œdème varie d'aspect, et n'a plus dans ces deux circonstances la même valeur séméiologique et pronostique.

De même que dans les ulcérations phagédéniques *cutanées*, nous retrouvons dans les ulcérations buccales de même nature à marche envahissante, un œdème diffus périphérique qui est le signe précurseur de l'invasion de l'ulcère. Mais nous voyons que, dans la bouche, ces ulcérations peuvent rester un certain temps stationnaires, et l'œdème alors n'est plus diffus comme précédemment; il est limité exactement au pourtour des ulcérations, et il offre une dureté telle qu'on ne peut le comparer qu'aux callosités qui se voient autour des ulcères chroniques auxquels on a donné le nom d'*ulcères calleux*. Dans cette dernière variété de l'œdème, les tissus qui en sont le siége, montrent un aspect particulier, ils sont tendus, lisses, comme dans l'œdème diffus et mollasse qui précède l'envahissement de l'ulcère. Mais dans celui-ci, il existe presque toujours dans son centre une surface rouge, luisante, caractéristique, qui fait prévoir à coup sûr une escarre noire gangréneuse prochaine, tandis que dans les callosités dont nous parlons, les parties extérieures sont lisses, mais toujours d'une couleur pâle et blafarde. Leur exploration sous les doigts rappelle assez bien la sensation que donne le toucher d'un cadavre congelé. Toutes ces ulcérations, de même que celles que nous avons décrites à la peau, laissent exsuder le sang avec une déplorable facilité; souvent même sous la

seule influence des cris des enfants, il peut s'en écouler une quantité considérable.

Cette exhalation sanglante contribue parfois, par son mélange avec le détritus gangréneux, à donner un aspect repoussant à ces lésions, et il peut en résulter une apparence gangréneuse noire qui fait supposer les désordres plus avancés qu'ils ne le sont réellement. Hâtons-nous d'ajouter que ce fait se retrouve dans presque toutes les altérations buccales et qu'il a dû certainement causer de fréquentes erreurs de diagnostic. Il est encore un phénomène commun à toutes les ulcérations de la bouche : c'est l'odeur fétide de l'haleine. Néanmoins il faut dire que dans les cas d'ulcères phagédéniques, l'odeur offre quelque chose de caractéristique qu'on peut à la rigueur assez facilement reconnaître lorsqu'on a plusieurs fois apprécié cette différence très-légère, il est vrai, mais qui cependant paraît leur être propre. Nous savons combien certaines affections de la bouche peuvent prendre parfois l'aspect des ulcérations de ce genre : mais on remarque que dans ces cas cet aspect n'est que momentané. Il est constant en effet que dans la maladie aphtheuse, cette affection qu'on pourrait appeler un éxanthème buccal fébrile, qui parcourt ses phases d'une façon régulière, on peut voir les ulcères aphtheux revêtir un aspect repoussant et sordide. La langue, les joues, les lisérés des gencives peuvent être le siége d'ulcérations grisâtres, souillées par un détritus ensanglanté, avec des bords saillants et œdémateux. Mais cet état passager n'est pas de longue du-

rée ; les bords s'affaissent bientôt, les aphthes redeviennent d'une blancheur caséeuse, diminuent d'étendue et se cicatrisent complétement.

On doit ajouter que la guérison peut être, dans les deux cas singulièrement avancée par des applications topiques, lorsque celles-ci sont assez énergiquement caustiques.

Pour caractériser une espèce nosologique, il faut se garder de se laisser guider exclusivement par un caractère secondaire ou fugace ; il faut, au contraire, tenir un grand compte de l'aspect général dominant, de la marche de la maladie, de la nature des lésions, et enfin surtout de la relation qui peut exister avec tel ou tel état de l'économie. Or, s'il est un fait incontestable et universellement admis dans la pathologie de l'enfance, c'est bien : que la gangrène de la bouche, de la vulve ou de quelque autre siége, ne se montre chez les enfants que sous la dépendance d'un état général tout particulier, qui est le plus souvent un état cachectique.

Il est d'une évidence palpable, et l'observation journalière à l'hôpital des Enfants peut facilement le vérifier : qu'il existe une analogie profonde entre les ulcères cutanés précédents, et ceux que nous venons de décrire ayant leur siége dans la bouche. Ils ont la même marche envahissante, la même durée, la même physionomie asthénique, et enfin ils sont sous la même dépendance d'un même état général, tellement que nous avons vu maintes fois les ulcérations buccales, cutanées, vulvaires et des ulcérations laryngées exister

concurremment chez le même malade. Ces faits de l'existence simultanée de plusieurs points gangréneux asthéniques sur différents tissus, se montraient sur des malades offrant l'état général en quelque sorte nécessaire à la production de ces lésions.

On peut voir par la description que nous venons de donner quelles modifications d'aspects et d'allures l'âge apporte dans les manifestations cutanées cachectiques.

C'est pour cela que la gangrène de la bouche, proprement dite, est rare pendant le cours de la première enfance, bien que les gangrènes phagédéniques soient fréquentes ; mais chez le nouveau-né et pendant toute la durée de l'allaitement ces ulcérations sont essentiellement serpigineuses, envahissantes et superficielles, attaquant indistinctement tous les points de la surface cutanée en dehors de toute modification préalable autre qu'un érythème plus ou moins prononcé. Dans ce premier âge, nous avons vu combien elles étaient moins sanieuses, moins phagédéniques, et l'humidité beaucoup moins prononcée, tandis que dans la deuxième enfance, et surtout chez les enfants plus âgés, le phagédénisme au contraire se caractérise d'autant mieux ; les surfaces sont humides, couvertes d'une sanie putride, véritablement gangréneuse et même, comme parfois il nous a été donné de le rencontrer, des escarres noires cutanées, semblables à la gangrène de la bouche, se produisent.

Ces altérations pathologiques sont presque exclusives à l'enfance. Il est assez rare chez des adultes cachectiques de constater des lésions analogues

Nous venons d'en suivre un remarquable exemple dans le service de notre maître, le professeur Natalis Guillot. Le sujet de l'observation était une jeune fille d'environ 20 ans, convalescente d'un érysipèle fort grave du cuir chevelu. Des cautérisations avec l'acide chlorhydrique modifièrent la gangrène phagédénique et le traitement local fut énergiquement aidé par une médication tonique et fortifiante.

Pendant l'enfance, les cachexies surviennent rapidement, et elles sont très-meurtrières; mais en dehors de la gravité et la fréquence des cachexies infantiles, il existe certainement quelque chose de spécial pour la production de ces gangrènes phagédéniques qui sont si fréquentes dans les hôpitaux d'enfants, et partout où ces petits êtres se trouvent réunis avec un peu d'*encombrement*. S'il est une action qui nous ait paru avoir quelque chose de spécial comme cause productrice de ces lésions, c'est certainement l'état particulier dans lequel les fièvres éruptives plongent les enfants, principalement la rougeole, comme le témoigne le relevé suivant : sur quarante-six exemples de gangrènes phagédéniques, pendant la période de la seconde enfance, nous n'en avons rencontré que six qui pouvaient être séparés de l'affection morbilleuse, et parmi les six exemples, deux enfants venaient de subir la variole. Il n'en est pas de même chez le nouveau-né et dans le cours de la première enfance. L'état cachectique et les lésions qui sont sous sa dépendance se produisent très-facilement sans le concours d'une cause aussi énergique qu'une fièvre éruptive.

La mauvaise qualité du lait ou plutôt son insuffisance, l'absence de conditions hygiéniques salubres, l'*encombrement*, le séjour prolongé dans des salles d'hôpitaux ou dans des logements trop petits, mal aérés, sont très-rapidement des causes suffisantes pour provoquer l'état cachectique dans lequel les gangrènes superficielles font leur apparition.

Très-vite ces petits êtres tombent dans un marasme qui ne tarde pas à les faire succomber après un amaigrissement considérable, qui concourt à leur donner l'aspect décrépit dont nous avons déjà parlé. Enfin la mort arrive par les voies digestives ou respiratoires qui deviennent le siége de troubles fonctionnels graves accompagnés de lésions ultimes plus ou moins importantes. Si ces espèces de gangrène (*gangrène de la bouche*, *gangrène phagédénique*, *escarres jaunes*) sont étudiées dans leur ensemble, on constate alors l'analogie profonde qui les unit; on est frappé de la ressemblance de leurs caractères principaux. En même temps on s'étonne que parmi les nombreux auteurs qui se sont occupés des maladies infantiles, aucun d'entre eux ne les ait rapprochées dans un même groupe. Au contraire, le plus grand nombre s'est laissé conduire exclusivement dans leur observation par les différences de siége et les différents tissus qu'elles peuvent affecter. Il est évident, en effet, lorsqu'on les étudie cliniquement, quel que soit leur siége, qu'elles sont exactement identiques.

Les trois formes que nous avons admises avec M. le docteur J. Bouleyet dont nous n'avons ici étudié

qu'une seule, pouvaient être supprimées à la rigueur, tant cette maladie phagédénique a d'unité; mais néanmoins nous les avons adoptées, parce qu'elles facilitaient une description complète et qu'elles représentent fidèlement les principales nuances qu'on rencontre au lit des malades. Il sera en effet évident pour un observateur attentif, que les trois formes ne sont en réalité que des différences légères dues à la rapidité plus ou moins grande de la marche du même mal. Maintes fois nous en avons eu sous les yeux la démonstration clinique. Nous pourrions fournir non-seulement plusieurs exemples démontrant l'identité de ces altérations morbides, mais encore un nombre considérable d'observations où se rencontre l'existence simultanée de ces diverses formes de gangrènes chez *le même malade*. Cette circonstance, qui démontre l'identité d'une façon péremptoire a été signalée par Sauvages. D'ailleurs en constatant les circonstances dans lesquelles ces variétés de gangrène se produisent, en étudiant le procédé de destruction qui varie peu, enfin en se rappelant la gravité du pronostic qui leur est commune quelle que que soit la variété, on ne pourra se refuser de conclure à leur identité complète. Nous avons eu trop de fois sous les yeux des exemples flagrants de l'unité de la maladie gangréneuse, pour que nous n'insistions pas sur ces faits, qui sont d'une importance capitale. Ainsi nous avons vu la forme phagédénique prendre tout à coup une allure plus rapide, et passer à l'état de gangrène noire, avec les larges escarres décrites par tous les auteurs. Enfin nous avons vu un petit

nombre de fois, des cas où la gangrène avait une marche rapide à son début, ayant produit en quelques jours des escarres noires, intéressant le derme dans une assez grande étendue; puis, soit sous l'influence de l'état général qui s'améliorait, soit sous l'influence d'une force de résistance plus considérable chez l'enfant, la lésion locale perdait de sa rapidité dans sa marche envahissante, et l'on voyait alors les progrès du mal continuer, mais avec l'aspect et l'allure propres à la gangrène phagédénique *asthénique*.

Déjà Klaatsch et Hesse avaient remarqué cette coloration blanchâtre de certaines gangrènes infantiles, et même à cause de ce fait, ils avaient cherché à les rapprocher de qu'ils appelaient le ramollissement gélatineux de l'estomac et de l'utérus.

Parmi toutes les autopsies que nous avons pratiquées sur des enfants morts de gangrène cachectique, un certain nombre nous ont présenté des ulcérations phégédéniques laryngées. Mais pour qu'on puisse apprécier leur degré de fréquence, nous devons dire que l'exploration du larynx n'a été soigneusement reproduite à chaque nécropsie qu'après que notre attention avait été éveillée sur les lésions propres à cet organe. Lorsqu'on pratique les autopsies d'enfants morts dans les conditions où se développent les ulcérations phagédéniques et gangréneuses précédentes, le larynx offre presque toujours des ulcères très-petits, à bords sinueux qui reproduisent en miniature, aussi fidèlement que possible, les ulcères phagédéniques, soit de

la vulve, soit de la surface cutanée. En général, ils siégent à la réunion des cordes vocales, à la face antérieure ou postérieure du larynx; ils ont des bords très-nettement taillés à pic, comme s'ils avaient été produits par des emporte-pièces à forme irrégulière. La muqueuse est le plus souvent seule détruite; le fond de ces ulcères est rempli d'une sanie putride ayant l'odeur fortement gangréneuse.

Ce détritus ne contient jamais la moindre apparence d'une pseudo-membrane; il est toujours formé par une boue jaunâtre qui s'échappe sous le plus mince filet d'eau, et qui met à nu soit le tissu cellulaire sous-muqueux, soit l'un des muscles laryngés. Quelquefois l'un des sinus est le siége d'un de ces ulcères; alors il peut arriver, comme nous en avons vu un exemple, que l'ulcération se répande sur toute l'étendue de la muqueuse du sinus, en la réduisant en bouillie gangréneuse, qu'une perforation se produise sur le côté correspondant du larynx, et permette alors à l'ulcération serpigineuse de se propager sur la muqueuse pharyngée. Ces ulcères sont parfois assez nombreux dans un même larynx, et souvent il en existe deux ou trois à la fois sur la face inférieure de l'épiglotte.

Ils peuvent être excessivement petits, une tête d'épingle comblerait parfois leur cavité, mais quelles que soient leurs petites dimensions, ils possèdent toujours le même aspect et les mêmes caractères. Il est un fait assez singulier, c'est qu'habituellement, à part ces ulcères, dont le nombre varie, le larynx n'offre souvent aucune autre altération; quelquefois néan-

moins la muqueuse est plus rouge qu'à l'état normal.

Le plus souvent, ces lésions du larynx ne sont révélées pendant la vie que par une aphonie presque complète, au moins jamais nous n'avons rencontré un exemple où elles aient causé une dyspnée considérable.

Il n'est pas sans intérêt d'insister sur cette absence, presque complète de dyspnée dans des affections ordinairement ultimes des complications de la rougeole ; lorsque, dans la laryngite dite morbilleuse du début, la dyspnée au contraire prend souvent une telle intensité, qu'on a pu, avant l'apparition de l'exanthème, croire parfois à l'existence du croup.

Ces altérations laryngées sont plus fréquentes qu'on ne pourrait le supposer; elles existent dans le plus grand nombre des cas, concurremment avec des ulcérations phagédéniques et gangrêneuses des autres parties du corps; de plus, elles doivent souvent passer inaperçues, parce que l'aphonie des malades est mise sur le compte de l'excessive faiblesse habituelle dans laquelle ils sont jetés par la cachexie qui provoque toutes ces lésions.

Une seule fois, il nous a été donné de rencontrer avec le docteur Legendre, sur le cadavre d'un jeune ramoneur mort de la rougeole, des ulcérations laryngées d'un aspect caractéristique, sans qu'il y ait eu, pendant la vie, de gangrène cutanée ou muqueuse apparente. Mais nous devons ajouter que les poumons contenaient en assez grand nombre des points nettement circonscrits, dont le centre offrait un ramollissement gangréneux.

Un certain nombre de ces autopsies nous ont offert, surtout lorsqu'elles étaient pratiquées sur des enfants ayant à la fois plusieurs de ces gangrènes, des altérations pulmonaires qui montraient assez la putridité de la cachexie à laquelle ils avaient succombé. Ces altérations étaient constituées par des noyaux circonscrits existant au milieu du parenchyme pulmonaire. Ces points avaient perdu la structure du tissu de l'organe; ils formaient des masses compactes, uniformes à la section avec une couleur noire violacée, comme ecchymotique ; ils offraient toujours une odeur très-fortement gangréneuse. Nous avons trouvé souvent au milieu de ces noyaux qui ne dépassaient pas le volume d'une noisette une sorte de ramollissement central ressemblant à de la sanie gangréneuse.

Nous devons dire maintenant en l'empruntant encore au travail déjà cité qu'une observation plus attentive de ces affections gangréneuses, nous a permis de caractériser plus nettement la cachexie la plus fréquente, qui les accompagne, et qui n'est autre que la cachexie scorbutique. Nous nous fondons pour établir la nature scorbutique de ces affections, sur ce que nous avons constaté en même temps :

1° La coexistence d'une cachexie spéciale, ni tuberculeuse, ni rachitique (sous forme de scorbut pâle).

2° La présence de pétéchies et d'ecchymoses aux membres et à la face, accompagnant soit le chancre phagédémique des gencives et de la bouche, soit celui des aines, de l'aisselle, du périnée, etc.

3° La coexistence, surtout comme affection ul-

time, d'une anasarque spéciale et de la dysentérie.

4° La coexistence au même titre d'apoplexies pulmonaires.

Nous devons ajouter que sans donner au mot *scorbut*, la généralité que lui donne, au rapport de Van-Swieten, Olaus Borrichyus, qui en fait le synonyme du mot *cachexie*, c'est d'une autre part, une grande erreur que de n'y voir, comme on le fait communément, que le nom d'une maladie spéciale : celle des marins, par exemple. La cachexie scorbutique étant pour nous un élément commun à différentes maladies le plus souvent chroniques au même titre que l'adynamie ou l'ataxie, constitue un élément commun à différentes maladies aiguës.

Ces dernières assertions sont surtout bien faciles à vérifier chez les enfants atteints de maladies chroniques dans le cours de la seconde et de la troisième enfance. On doit ajouter même qu'à mesure que les malades se rapprochent de l'âge adulte, ils peuvent, sous l'influence de maladies diverses, tomber dans la cachexie scorbutique qui se caractérise d'autant mieux qu'ils sont plus âgés, que la maladie est plus longue, et que les conditions hygiéniques laissent à désirer.

Chez l'enfant nouveau-né la cachexie scorbutique, au contraire, ne se retrouve pas avec les caractères si tranchés d'un âge plus avancé. Ces cachexies de la première enfance paraîtraient en quelque sorte indépendantes du scorbut, mais si l'élément scorbutique le plus souvent fait défaut, elles n'en ont pas moins une physionomie spéciale bien caractéristique.

Observation X. — *Gangrène phagédénique.* — Delphine Lemé âgée de 5 ans et demi, entra, le 22 mars 1851, à la salle Sainte-Catherine, au n° 4. Cette enfant était sortie de la salle depuis environ deux semaines; elle avait été admise pour une maladie aphtheuse qui s'était guérie spontanément. Cette fois elle rentrait avec une rougeole en pleine éruption, accompagnée d'une dyspnée intense et de râles fins et muqueux dans toute la poitrine. La malade était forte et vigoureuse pour son âge, d'une excellente conformation et d'un embonpoint considérable. En examinant sa bouche, on put constater un liséré ulcéreux au bord des gencives supérieure et inférieure; cette ligne ulcéreuse était recouverte de sang à demi coagulé, le moindre contact et les efforts dans les cris de l'enfant suffisaient pour aussitôt en faire sourdre une assez grande quantité. Le reste des gencives était tuméfié et d'un rouge vif; la muqueuse buccale était en général d'une rougeur assez marquée. L'éruption morbilleuse suivit la marche habituelle, présentant toutefois une forme inflammatoire assez prononcée pour qu'on jugeât à propos de pratiquer l'application de ventouses scarifiées.

Le 25, au matin, l'état général était toujours aussi grave, la dyspnée aussi intense, et les signes fournis par l'auscultation n'avaient point changé. L'ulcération gengivale avait détruit la dentelure ondulée des gencives. Les lignes ulcéreuses étaient couvertes d'une exsudation blanche caséeuse; elles avaient perdu leur aspect ecchymotique et noirâtre des jours précédents. En explorant la vulve, pour voir s'il n'existait pas d'ulcération, nous pûmes constater sur toute l'étendue de la muqueuse qui se voit en écartant les grandes lèvres un nombre infini de petites taches blanchâtres opaques à peine plus élevées que la muqueuse, qui semblaient être formées par un épaississement et un léger soulèvement de l'épithélium; elles affectaient en général une forme arrondie avec une dimension comparable à celle d'un grain de chènevis. Elles étaient si nombreuses que fréquemment elles se joignaient et formaient par leur réunion des plaques de formes nécessairement variées. Il existait alors au centre de ces plaques une ulcération. Dans ces points, la pellicule blan-

châtre s'était rompue, et on voyait au-dessous une surface humide d'un gris rosé. En examinant le point de jonction de la peau et de la muqueuse génitale, il existait une véritable ligne formée par ces taches qui cessaient brusquement au point où commence la peau et où cesse la muqueuse. Cette ligne était nettement dessinée et ces taches simulaient une guirlande très-régulière, exactement au point de séparation des deux espèces de téguments.

Le 26, l'état général était très-grave, la peau chaude et sèche, les macules rubéoliques à demi effacées. L'auscultation démontrait l'existence d'un souffle rude dans le poumon droit et des râles fins et muqueux dans tout le reste de la poitrine. L'ulcération gengivale avait fait quelques progrès ; la couche caséeuse qui la recouvrait ne pouvait être détachée comme une pseudo-membrane; le moindre frottement faisait sourdre du sang en abondance, et le tissu gengival, sur une longueur considérable, avait perdu sa coloration normale ; il semblait n'avoir plus ses adhérences au collet des dents, ainsi que sur les os maxillaires. Aussi loin que l'œil pouvait explorer, on constatait aux deux mâchoires l'existence du liséré ulcéreux. Il existait à la face interne de la lèvre inférieure, sur la partie qui, dans la position habituelle de cet organe, se trouve être en contact avec le liséré ulcéreux gengival, une série de petits grumeaux blanchâtres, caséeux, légèrement saillants, qui s'enlevaient au moindre grattage et laissaient au-dessous d'eux une surface saignante ulcérée, très-superficielle.

La vulve était presque complétement convertie en une large ulcération. Les petites taches qui débutaient hier, s'étaient agrandies et presque toutes réunies pour former sur chaque lèvre une ulcération qui l'occupait presque entièrement. Ces ulcères avaient des bords taillés à pic, nettement découpés et très-sinueux ; leur fond était blanchâtre, sans apparence pelliculeuse, très-humide et sanieux. Tout autour de ces surfaces il en existait encore des petites, blanchâtres où l'épithélium paraissait tout à la fois épaissi et soulevé. Puis, d'autres points ronds, réguliers, très-petits, formés par une ulcération à fond blanchâtre et à bords taillés à pic. L'espèce de guirlande qui se voyait hier est

aujourd'hui méconnaissable, elle est transformée en des ulcérations très-irrégulières, mais offrant tous les mêmes caractères que les précédentes. D'autres ulcérations, toutes semblables, apparaissent au pourtour de l'anus et sur le périnée.

Le 27, l'état général est le même, la voix et la toux sont aphones; l'agitation est extrême, les gencives sont converties complétement en escarres molles d'un jaune qui rappelle l'amadou. Les ulcérations de la vulve ont fait encore des progrès en superficie et en profondeur; leur aspect est toujours le même.

Le 28, les escarres des gencives se sont énormément accrues : ainsi non-seulement tout le tissu gengival paraît être converti en escarres jaunes, mais encore le fond des replis gengivo-buccaux paraît être dépassé; déjà la muqueuse des joues en bas et en haut commence à revêtir cette couleur. En écartant légèrement l'une des lèvres, on entraîne la partie de gencive voisine. Cet écartement insolite montre que tout le tissu gengival a perdu son adhérence sur le collet des dents et les os maxillaires. Les dents, qui sont au nombre de vingt parfaitement saines, sont toutes branlantes. La vulve a changé d'aspect. Plusieurs des ulcérations qui ne se touchaient pas encore sont réunies; des nouvelles sont apparues; les primitives sont plus profondes que hier, leur centre est noirâtre et d'un aspect gangréneux. Vers l'anus, il existe des plaques irrégulières, blanchâtres, opaques, paraissant formées par un soulèvement épithélial avec un léger épaississement, et au-dessous une exsudation à peine sensible de sérosité. Un frottement léger brise cette sorte de vésicule, et laisse à nu le derme rouge et humide. Puis, très-rapidement, cette surface rouge prend une couleur grise pultacée, en même même qu'elle se creuse et s'élargit. Çà et là existent de petits points très-circonscrits, paraissant s'être ulcérés d'emblée, comme par l'ulcération spontanée d'un follicule muqueux. Ces points marchent aussi rapidement que les autres, et dans l'espace de sept à huit heures, ils se convertissent en petites surfaces planes, irrégulières, semblables à celles qui naissent par une sorte de vésicule blanchâtre. (Cautérisation très-énergique avec l'acide chlorhydrique.)

La mort survient le 28 au soir. Autopsie le 30.

Cadavre offrant un embonpoint considérable, parfaitement conformé, traces de macules rubéoliques sur les cuisses, les bras et la poitrine; couleur verdâtre de l'abdomen, ainsi qu'une ligne de même couleur, d'une largeur d'environ 0,02, située au pourtour des lèvres à la hauteur des gencives. La bouche, examinée, montre d'une manière évidente, que tout le tissu gengival des deux mâchoires est entièrement mortifié; il est, en effet, converti en escarres molles, jaunâtres, couleur d'amadou pâle. Ses adhérences aux dents et aux os maxillaires sont tellement détruites qu'en tirant les lèvres en avant, les escarres du tissu de la gencive suivent les lèvres et laissent découvrir toute la hauteur des rebords alvéolaires correspondants. Sur ces points, les os sont absolument noircis et privés de périoste. Les dents sont encore toutes fichées dans leurs alvéoles; mais le moindre ébranlement les fait s'échapper. La portion des gencives qui se trouve à la partie interne des dents est exactement dans le même état. La voûte palatine n'est saine que dans une très-petite étendue, tout à fait au centre. Les escarres s'étant propagées de chaque côté vers le milieu, elles se seraient infailliblement réunies quelques heures plus tard si la malade eût survécu. Le larynx contenait trois ulcérations de la grandeur chacune d'une lentille, toutes trois d'une forme régulière à fond grisâtre et à bords taillés à pic: l'une existait à la réunion antérieure des cordes vocales, entre les deux ventricules, avec lesquels il n'existait aucune communication. Les deux autres étaient en dehors de chaque cartilage aryténoïde, et présentaient entre elles la plus grande symétrie sous le rapport de la forme, du siége et de l'aspect. Le fond de ces ulcères était constitué par le tissu cellulaire sous-muqueux.

La trachée, les bronches grosses et petites, étaient d'un rouge violacé très-intense. Le tissu pulmonaire, insufflé, se laisse distendre en entier; mais au sommet droit, il existait dans une assez grande étendue, la lésion propre à la pneumonie catarrhale, mélangée çà et là de noyaux de grosseur variable, dont le plus volumineux pouvait être comparé à une noisette; ils étaient formés

par une désorganisation du tissu pulmonaire, qui, dans ces points était compacte, d'une couleur rouge-noire, avec ce caractère très-marqué d'exhaler une odeur gangréneuse manifeste. Le poumon gauche contenait également les lésions de la pneumonie catarrhale.

La plèvre, les ganglions bronchiques et les poumons n'offraient pas trace d'un seul tubercule.

La vulve n'avait pas changé d'aspect d'une façon bien notable ; seulement la cautérisation avait rendu les ulcérations jaunâtres.

Des sections faites, en divers sens, nous démontrèrent que ces ulcérations n'avaient pas encore dépassé complétement l'épaisseur du derme, et qu'au-dessous de l'enveloppe cutanée, au voisinage de ces ulcères, il existait une sorte de liséré rouge vasculaire.

Les autres organes étaient sains.

Obs. XI. — *Gangrène phagédénique. — Ulcères laryngés.* — Émilie Laverdure, âgée de trois ans et demi, est entrée le 9 février 1849 à l'hôpital des Enfants malades et couchée au n° 10 de la salle Sainte-Catherine. Cette enfant est brune et bien développée pour son âge. Sa mère nous donne pour renseignements commémoratifs : que depuis deux jours seulement cette fille tousse, que ses yeux sont larmoyants et que la fièvre ne l'a pas quittée depuis quarante-huit heures.

A l'examen de la malade nous constatons, le 10 février : une fièvre très-vive avec des rougeurs sur le visage qui paraissent être le début d'une rougeole. L'auscultation laisse entendre de légers râles sonores dans toute l'étendue de la poitrine.

Le 12 février l'éruption rubéolique était complète, la toux et la fièvre loin de diminuer se montrèrent, au contraire, avec plus d'intensité.

Le 15, l'éruption n'existait plus qu'à l'état de traces difficiles à bien saisir, mais la fièvre persistait avec sa violence précédente ; de plus des râles sous-crépitants très-fins pouvaient être perçus dans une grande partie des deux poumons. Enfin, ces

derniers jours virent s'établir une diarrhée d'une couleur tantôt jaune tantôt verte, dont la fréquence fut vainement combattue par l'emploi de préparations opiacées.

Le 18 février, on s'aperçut au milieu de cet état général grave, que l'enfant présentait des ulcérations phagédéniques asthéniques sur la muqueuse vulvaire et sur la peau de l'aine gauche.

Ces ulcérations étaient en ce moment au nombre de trois, superficielles, sinueuses, à bords irréguliers, avec un fond de couleur gris-rosé.

L'une d'elles siégeait dans le pli génito-crural gauche, une autre sur le côté gauche du pubis, et la troisième tout autour du clitoris. Elles présentaient entre elles les plus grandes ressemblances, la différence du tissu cutané avec celui de la muqueuse vulvaire n'apportait aucun caractère différentiel notable. Sauf les dimensions et la forme plus ou moins allongée, ou plus ou moins ronde, ces trois ulcères présentaient une ressemblance parfaite, eu égard à leurs caractères communs, c'est-à-dire, d'être serpigineuses, gangréneuses et d'offrir cet aspect particulier auquel on donne le nom de phagédénisme.

Avant toute médication externe, deux inoculations furent pratiquées le 20 février sur les cuisses de la malade, le liquide inoculé fut soigneusement recueilli au milieu du détritus sanieux moléculaire du centre des ulcères. (Disons de suite que ces inoculations n'ont absolument rien produit.)

Au milieu de l'état général si grave que nous présentait cette petite fille, nous pûmes suivre jour par jour, et presque heure par heure, les progrès incessants de ces ulcérations. Jamais à aucun moment elles ne parurent se couvrir de pseudo-membranes. Elles offraient constamment des surfaces grisâtres sanieuses avec un liseré périphérique envahissant dont la couleur plus claire et l'apparence finement grenue tranchaient nettement avec le centre ulcéreux dont l'aspect était humide, sanieux et sordide. Vers les derniers instants de la vie, toutes ces surfaces devinrent un peu plus humides, offrant ainsi de la ressemblance avec la pourriture d'hôpital. Dans le pli génito-crural et dans

l'aine on pouvait ainsi à découvert étudier le *processus* de ces ulcérations, il était facile de constater leurs deux modes d'extension. Ainsi, outre l'agrandissement plus ou moins rapide de ces ulcères à la façon des chancres phagédéniques serpigineux; il survenait autour de ces ulcérations gangréneuses, de petites pustules ressemblant assez aux pustules d'ecthyma, puis rapidement au bout de quelques heures elles étaient remplacées par des pertes de substances n'intéressant d'abord que la peau très-superficiellement, mais qui dès lors s'accroissaient en surface et en profondeur. C'est ainsi que chez cette enfant ces ulcérations parvinrent à des dimensions considérables, surtout sous le rapport de l'extension en surface, les petites ulcérations de nouvelle formation vinrent s'adjoindre aux grandes, celles-ci par leur marche envahissante finirent par couvrir et dépasser toute la vulve, le périnée, les plis génito-cruraux, le pourtour de l'anus, l'interstice des fesses. Malgré l'énorme dimension de cette gangrène phagédénique, le tissu cutané ne paraissait pas pendant la vie devoir être complétement détruit, tant ces ulcères paraissaient s'étendre plutôt en surface qu'en profondeur.

Au milieu de tels désordres, l'état général prit rapidement une exacerbation dans tous ses symptômes graves. La diarrhée continua son intensité, la fièvre s'accrut accompagnée d'agitation et d'insomnie. Les râles sous-crépitants fins de la poitrine furent remplacés par un bruit de souffle éclatant, dans le poumon gauche. La voix devint aphone et quelques jours avant la mort la diarrhée se suspendit brusquement; l'enfant maigrit alors d'une façon très-rapide et après une longue agonie avec cris et délire permanent, elle succomba le 5 mars suivant.

A l'autopsie pratiquée le 6 mars, après l'insufflation préalable des poumons, on constata du côté gauche une hépatisation dans une petite étendue de la partie postérieure. Dans le poumon droit également à la partie postérieure il existait une hépatisation douteuse. Tout le reste de la substance pulmonaire des deux côtés présentait la lésion propre à la pneumonie catarrhale.

Les bronches étaient d'un rouge foncé, depuis la trachée jus-

qu'aux divisions les plus petites qu'on ait pu suivre. Absence complète de granulation tuberculeuse.

Le larynx offrait un aspect remarquable, depuis le niveau des replis aryténo-épiglottiques jusqu'au bas du cartilage cricoïde, la muqueuse était noirâtre comme recouverte par un mucus sale et infect. En outre il existait trois ulcérations peu profondes n'intéressant que la muqueuse; deux d'entre elles siégeaient au-dessus des cordes vocales et la troisième se voyait à la face inférieure de l'épiglotte. Ces trois ulcérations rappelaient exactement par leur forme ronde, sinueuse quoique irrégulière, les ulcérations phagédéniques vulvaires et cutanées qui existaient encore sur le cadavre de l'enfant. Cette ressemblance était encore plus exacte lorsqu'on étudiait les détails et les particularités de ces petits ulcères, dont la dimension ne dépassait pas 3 ou 4 millimètres. Les bords étaient nettement découpés comme avec un emporte-pièce; le fond était gris, sanieux avec un détritus humide. Aucun d'eux ne présentait l'apparence d'une pseudo-membrane.

Les ulcérations des parties génitales offraient, encore après la mort, les mêmes caractères extérieurs que pendant la vie. Une dissection attentive nous permit de constater que si la vulve était tout entière convertie en un large ulcère phagédénique et gangréneux, celui-ci n'avait pas profondément pénétré au delà de l'enveloppe cutanée. Sur un seul point dans l'aine, la peau avait été complétement détruite et l'ulcération phagédénique s'était propagée dans le tissu cellulaire sous-cutané. Des coupes faites dans toutes les directions montrèrent le degré d'amincissement du derme plus ou moins considérable par le fait du travail ulcéreux.

La muqueuse buccale n'offrit rien d'anormal.

La cavité abdominale ne présenta que des lésions dans le gros intestin sur lequel il existait des traces légères d'inflammation, çà et là quelques follicules isolés laissaient voir des signes d'une cicatrisation récente, tandis que quelques autres étaient encore ulcérés.

Les autres organes sains.

Obs. XII. — *Gangrène phagédénique asthénique de la vulve et de la bouche.* — Victoire Brochard, âgée de quatre ans, entrée le 23 février 1849. Cette malade, couchée au n° 16 de la salle Sainte-Catherine, a été apportée à l'hôpital par sa mère qui nous apprend que : depuis cinq jours l'enfant a une fièvre très-vive avec des vomissements et de la toux. A l'examen nous trouvons une fille forte et bien développée pour son âge, avec les yeux larmoyants et les paupières légèrement tuméfiées, la langue est rouge à la pointe et blanche dans le reste de son étendue. La toux est forte et retentissante; enfin tout le corps est couvert par une éruption morbilleuse arrivée à sa période d'état.

L'auscultation fait constater des râles fins sous-crépitants dans toute la poitrine.

La vulve présente sur la face interne des grandes et petites lèvres, sur le clitoris et dans le voisinage de la fourchette, de petits points blanchâtres, arrondis, de grandeur variable avec une légère excoriation centrale. Ces points ressemblent à des pustules crevées et recouvertes par un détritus pultacé de couleur grisâtre. La fièvre et la diarrhée sont très-intenses.

Le 25 février, la rougeole commence à pâlir, la fièvre est tout aussi violente, la diarrhée n'a point diminué, elle devient d'une coloration verte très-foncée. Même état des voies respiratoires. La vulve a légèrement modifié son apparence, les espèces de pustules ont en partie disparu pour faire place à une ulcération à fond grisâtre, qui au premier abord ressemble beaucoup à une pseudo-membrane. Mais en regardant attentivement de près et en cherchant à saisir cette prétendue fausse membrane avec une pince, on reconnaît sans peine l'illusion qui n'est possible qu'après un examen très-superficiel. La gravité de l'état général jointe à la présence d'une gangrène phagédénique vulvaire, nous conduisit à une exploration de la cavité buccale, dans laquelle nous trouvâmes un liseré ulcéreux gris-noirâtre sur les gencives, qui par sa destruction moléculaire avait complétement détruit le bord ondulé gengival en déchaussant toutes les dents. (Le même jour deux inoculations sont pratiquées sur les cuisses de la malade.)

Le 26, la fièvre est encore plus vive, dyspnée.

La vulve offre un aspect plus grisâtre et plus sanieux, l'apparence pseudo-mmebraneuse est moins complète. Les ulcérations font des progrès rapides.

Les gencives sont rongées de plus en plus par l'ulcère en liséré qui ayant déchaussé complétement plusieurs dents qui bien que très-sainesont abandonné leurs alvéoles par l'action seule des injections buccales pratiquées dans le but de nettoyer la bouche de la malade.

Le 27, les ulcérations de la vulve s'élargissent, en même temps leur profondeur paraît augmenter légèrement; denouveaux points ulcéreux se développent au pourtour de l'anus, sur le pourtour de l'orifice vaginal, etc. Ces ulcères s'avancent sur les parties saines de leurs bords, qui forment comme une sorte de liséré périphérique dont la couleur est différente de celle du centre de la surface ulcéreuse.

Dans la bouche les désordres s'accroissent également, certains points des maxillaires sont déjà dénudés et mis à découvert. L'état général s'aggrave de plus en plus. Le 1er mars même gravité de l'état général. La vulve n'a pas modifié son aspect ni ralenti la marche de ses lésions. Un examen complet de tout l'intérieur de la bouche nous permet de constater que toutes les parties du tissu des gencives sont également rongées par l'ulcération phagédénique; ainsi à la mâchoire supérieure toute la moitié droite est complétement détruite, surtout au niveau des premières molaires, tandis qu'au côté gauche il n'y a guère que le bord ondulé. A la mâchoire inférieure, c'est au niveau des canines et des incisives que les gencives sont tellement détruites que l'os maxillaire est à nu avec ses alvéoles vides et béants. L'ulcération, qui a ainsi rongé si rapidement le tissu dense et serré de la gencive, est grise; on la voit très-distinctement recouverte par un détritus sanieux, grisâtre, d'où le moindre attouchement fait sourdre le sang.

Le 2 mars, la bouche, pour la première fois, présente à la visite du matin une apparence diphthéritique. Il existe, en effet, sur les portions des gencives qui restent encore, une couche pelliculaire, blanchâtre, excessivement mince, ressemblant un

peu à du mucus coagulé. En la saisissant avec une pince, elle se détache et alors on peut voir qu'il en existe ainsi plusieurs couches superposées. A la vulve pareille disposition n'existe pas, seulement les ulcérations sont de plus en plus grandes. On peut dire que toutes les parties génitales externes sont converties en un énorme ulcère gangréneux phagédénique.

Le 3 mars, l'enfant est dans un tel état que la mort est imminente, la voix est complétement aphone, les râles sous-crépitants sont remplacés dans le lobe supérieur du poumon droit par un souffle peu marqué.

La malade succomba dans la matinée du 4 mars.

L'autopsie faite le lendemain 5, donne les résultats suivants : cadavre bien conformé, peu amaigri; la face était un peu tuméfiée par un œdème dur, occupant surtout la lèvre inférieure et les deux joues. Çà et là on rencontrait encore sur les membres inférieurs quelques macules brunâtres paraissant résulter de l'éruption rubéolique antérieure. Les traces des piqûres pratiquées pour les inoculations qui n'avaient rien produit pendant la vie, ne se retrouvaient qu'avec peine. La vulve, le périnée, les replis génito-cruraux, le pourtour de l'anus étaient le siége d'une large ulcération dont la couleur n'était plus uniforme; une petite quantité de sang ayant été exhalée sur quelques points, il en résultait une coloration noirâtre qui, au premier abord, aurait pu faire croire à la présence d'escarres gangréneuses noires, plus ou moins solides; mais les plus légères lotions détachèrent ce sang coagulé et combiné avec le détritus moléculaire. Il fut alors facile de retrouver l'aspect et la couleur que cette ulcération avait présentés pendant la vie. Des sections faites dans toutes les directions nous montrèrent que l'épaisseur du derme n'avait été dans aucun point complétement détruite.

Les poumons se laissèrent pénétrer par l'insufflation dans toute leur étendue, sauf sur un point très-circonscrit à la partie postérieure du côté droit. Les bronches étaient rouges et injectées jusque dans les plus petites divisions.

Le larynx ouvert avec précaution par une incision sur la face postérieure montra que depuis son ouverture supérieure jusqu'au

commencement de la trachée, toute la muqueuse était réduite en véritable putrilage gangréneux. Ce détritus pultacé placé sous un mince filet d'eau fut complétement enlevé, ce qui permet de s'assurer qu'il n'existait aucune pseudo-membrane, ni ulcération phagédénique circonscrite, analogue à celles que nous rencontrions souvent dans des cas semblables. Ce détritus sanieux du larynx s'arrêtait brusquement au commencement de la trachée sans aucune espèce de transition entre l'état congestionnel de la trachée et cet aspect si saisissant du larynx. La bouche présentait les désordres suivants : à la mâchoire supérieure toute la moitié droite est privée de la gencive, le maxillaire est complétement nécrosé et noirci, quelques alvéoles contiennent encore leurs dents, mais elles y sont implantées sans aucune adhérence. Celles-ci sont toutes saines, mais elles sont enduites d'une couche épaisse de tartre mêlé à du détritus gangréneux. Sur le côté gauche de la mâchoire supérieure la gencive existe encore en partie, mais elle a perdu les adhérences avec l'os maxillaire; la plus légère traction exercée sur la joue l'éloigne de l'os qui est également nécrosé. A la mâchoire inférieure les mêmes désordres existent à la partie antérieure.

Malgré nos recherches il nous a été impossible de retrouver les minces pellicules d'apparence diphthéritique que nous avions rencontrées les jours précédents.

Les ganglions cervicaux n'étaient pas sensiblement enflammés ; aucune trace des tubercules. Dans la cavité abdominale l'intestin grêle n'offrit rien de particulier. Le gros intestin présentait une entérite diffuse très-manifeste avec les follicules isolés, légèrement injectés et notablement accrus.

Le foie et la rate étaient sains. Il en était de même pour les autres organes.

SECTION V. — DIPHTHÉRITE CACHECTIQUE.

Nous n'avons point pour but d'entreprendre la description complète de cette grande maladie. Notre

tâche seulement, beaucoup plus modeste, consiste à montrer un fait sur lequel on n'a point encore appelé l'attention des observateurs. En effet, nous voulons montrer que la maladie diphthérite, outre ses nombreuses manifestations aiguës qui se révèlent par le croup, les angines pseudo-membraneuses, le coryza aigu pseudo-membraneux, etc, possède encore une manière d'être, dans laquelle, pour ainsi dire, cette maladie est en quelque sorte décomposée. Il n'y a plus là une grande maladie, si grave, si meurtrière ayant une action spéciale sur toute l'économie. Dans les cas auxquels nous faisons allusion, la diphthérite se réduit, au contraire, au plus simple de ses éléments, à la lésion anatomo-pathologique seule, c'est-à-dire à la pseudo-membrane.

On sait, comme l'ont montré les travaux de M. Robin et comme le rappelle M. le docteur Isambert dans son excellente *Monographie des affections diphthéritiques* (1), que les exsudations pseudo-membraneuses sont de deux ordres différents : les unes capables d'une organisation, telles que celles des séreuses ou celles des vésicatoires, et les autres non organisables constituant la lésion diphthéritique qui se produit dans le croup, les angines, etc., sur les plaies, et les surfaces excoriées en temps d'épidémie de diphthérite.

En outre les études microscopiques ont nettement séparé des lésions diphthéritiques les petites exsudation blanchâtres pultacées qu'on observe dans les angines tonsillaires simples; ces exsudations ne sont

(1) *Archives de médecine.* 1857.

formées que de matière sébacée et de mucosités concrètes. Sans vouloir nier bien entendu la diphthérite comme grande maladie générale. nous voulons seulement montrer que son élément anatomo-pathologique principal apparaît assez souvent d'une façon isolée, sans le cortége des symptômes généraux ordinaires. En effet, il n'est pas rare de rencontrer dans le cours de *diverses* maladies graves, aiguës ou chroniques entraînant la mort, des pseudo-membranes apparaissant comme phénomène ultime. Nons avons recueilli un certain nombre d'observations où cette coïncidence a une signification évidente. Celles de M. Gibert, interne des hôpitaux, dans son travail sur l'*ophthalmie diphthéritique* sont pour la plupart dans le même cas. Il en est de même de celles fournies pas Graèfe. M. Gibert à propos de l'étiologie de l'ophthalmie diphthéritique s'exprime ainsi : « La diphthérite de l'œil sur-
« vient souvent dans le cours d'une autre maladie des
« organes internes, c'est ce que nous avons observé
« chez trois de nos enfants, atteints de rougeole et de
« coqueluche. Graèfe a vu sur 40 enfants atteints de
« diphthérite, trois fois la mort survenir à la suite du
« croup : il a rencontré souvent aussi des plaques diph-
« théritiques aux ouvertures du nez, aux angles de la
« bouche ou sur la surface dénudée des vésicatoires. L'é-
« ruption dentaire a paru à Graèfe avoir une influence
« réelle trop souvent répétée, pour que ce fût le fait
« d'une simple coïncidence. Il en est de même de la
« syphilis congéniale, car sur 40 cas, 8 étaient accom-
« gnés de signes incontestables de syphilis. »

Et à l'occasion du pronostic, le même auteur ajoute « Mais l'affection de l'œil pourra-t-elle à elle seule « donner la mort? Si pour répondre à cette question, « nous nous contentions du résultat de nos observa- « tions, il faudrait en conclure que l'ophthalmie diph- « théritique est une des plus graves qui existent, puis- « que, sur 5 enfants atteints, 4 sont morts; mais il « faut observer que 2 seulement ont été frappés au « milieu d'une bonne santé; et encore le premier « sortait-il d'une *crèche* où les bonnes conditions hy- « giéniques sont loin d'être réunies; il a succombé « aux progrès seuls de l'ophthalmie; les trois autres « étaient malades depuis longtemps, 2 des suites de « mauvaises rougeoles, le troisième des suites d'une « coqueluche qui l'avait beaucoup affaibli. »

La diphthérite cutanée s'observe sur tous les points de la surface du corps, où la peau a été dépouillée de son épiderme, sur les plaies, dans les plis de la peau lorsque celle-ci devient sans cesse humide, on la voit apparaître ainsi qu'au pourtour des narines, des lèvres, derrière les oreilles, etc.

Sous ces pseudo-membranes qui adhèrent assez fortement au derme, il existe une exulcération. On a longtemps cru que la présence de cette légère ulcération était un signe distinctif qui séparait la diphthérite cutanée des muqueuses, parce qu'on était dans la croyance que sur celles-ci la pseudo-membrane se faisait au-dessus de l'épithélium, par conséquent sans exulcération. Or actuellement, il semble vrai d'admettre, d'après les études du microscope, que l'inté-

grité des muqueuses sous-jacentes à la diphthérite n'est qu'une apparence. Mais ce qu'on ne pourra s'empêcher de reconnaître, c'est que le plus souvent, la pseudo-membrane ne repose pas sur une ulcération assez considérable pour mériter le nom d'une perte de substance.

Elle est constituée, dans la grande majorité des cas, par une légère exulcération à peine accusée, tellement qu'elle a pu être méconnue jusqu'au moment des études microscopiques. C'est là ce qui s'observe dans le croup, dans la plupart des angines couenneuses. Et pourtant on peut lire des observations nombreuses où les plaques diphthéritiques tapissent complétement des ulcérations profondes, anfractueuses et sanieuses. Et dans beaucoup d'entre elles la diphthérite n'est que le fait secondaire, l'ulcération est le fait important, principal, comme, par exemple, certaine forme de stomatite *ulcéro-membraneuse*.

Chacun sait que si l'on vient à étudier les plaques diphthéritiques quelle que soit leur provenance, elles sont toujours identiques, malgré leur différence d'aspect, de couleur et de consistance.

Or, n'y a-t-il pas de profondes dissemblances nosologiques dans une lésion qui se présente unique, il est vrai, au point de vue chimique et microscopique, mais si différente au point de vue clinique? Quelle comparaison peut-on faire entre le croup, certaines angines pseudo-membraneuses, le coryza et ces faits si peu rares, où la diphthérite arrive inopinément, sans le concours d'une épidémie ou d'une contagion appré-

ciable, compliquer un état cachectique grave auquel elle se surajoute sans augmenter sensiblement la gravité de l'état général ? Quelle comparaison peut-on établir entre le croup, etc. et ces affections buccales ulcéreuses, à marche si irrégulière, parfois si rapidement améliorées *spontanément*, et d'autres fois, passant très-rapidement à des ulcérations phagédéniques, le plus souvent mortelles ? Dans ces sortes de stomatites, il arrive nombre de fois que de véritables pseudo-membranes viennent, momentanément, recouvrir ces ulcères sordides et cela sans modifier la gravité de la situation.

C'est pourquoi chacun ne peut s'empêcher, malgré l'autorité d'un grand maître, M. Bretonneau, de séparer complétement du croup et de la diphthérite, en tant que grande maladie générale, ce qui a été décrit par cet illustre praticien sous le nom de stomacace, etc (1).

D'ailleurs, n'est-il pas évident pour le plus grand nombre des observateurs, qu'en ne circonscrivant point la diphthérite telle qu'elle est et telle qu'elle se montre dans la généralité des cas, elle prête singulièrement aux confusions ? Aussi, nous avons dit combien de fois, les affections phagédéniques et gangréneuses sont appelées diphthérite : tantôt par suite d'une apparence trompeuse de pseudo-membrane, tantôt par l'existence momentanée, le plus souvent ultime d'une pseudo-membrane, qui sera venue se montrer sur des ulcérations existant depuis un certain temps. Aussi il arrive que des médecins, en France, mais surtout à

(1) *Traité de la diphtérite.* Paris, 1826.

l'étranger, prenant le contre-pied d'une généralisation trop étendue, acceptent que la diphthérite n'est que le résultat d'une inflammation très-vive. C'est qu'en effet, on a pu voir l'élément diphthéritique compliquer des cas pathologiques les plus dissemblables.

Il nous semble, que sans enlever à la diphthérite ses caractères de spécificité si bien mis en lumière par nos maîtres les plus éminents, on peut accepter notre manière de voir, qui, au contraire, vient en quelque sorte dégager la grande maladie, appelée *diphthérite*, de tous les cas où sans cesse elle est confondue, tantôt avec des gangrènes, tantôt avec des ulcérations. En un mot, il y a là un rapprochement à établir entre la pseudo-membrane et la plupart de nos maladies cutanées cachectiques, où chaque lésion peut être l'expression d'une grande maladie, comme, par exemple : la pustule de la variole et l'élément pustule qui peut à son tour, en se dégageant des autres symptômes variolîques, concourir à exprimer une autre maladie : l'ecthyma cachectique.

Outre le résultat de nos observations cliniques, nous avons encore des preuves de ce que nous croyons être la vérité. Ce sont les distinctions mêmes, faites par les cliniciens, qui se trouvant en face de ces faits insolites, les signalent, et quelques-uns sont conduits à donner à ces formes de diphthérites des appellations qui les distinguent de ce qu'on peut appeler le type de la maladie diphthéritique.

MM. Rilliet et Barthez (1) disent à l'occasion de la

(1) *Traité des maladies des enfants*, t. I, p. 351.

laryngite pseudo-membraneuse *secondaire :* « Presque tous les enfants étaient débilités par des maladies antérieures, et l'affection dans le cours de laquelle se développait la laryngite était le plus souvent une affection tertiaire ou quaternaire, c'est-à-dire que deux, trois ou quatre maladies s'étaient succédé chez le même individu. Cependant c'est principalement dans le cours de la scarlatine primitive et secondaire que nous avons le plus fréquemment observé la laryngite (3 fois); puis, dans la rougeole secondaire et compliquée (2 fois); la pneumonie secondaire (2 fois); la fièvre typhoïde et l'entérite (1 fois).

« Aucune cause occasionnelle n'a pu nous rendre compte du développement de la maladie. » Ces auteurs, à l'occasion du pronostic, ajoutent : « Le pronostic de la laryngite pseudo-membraneuse secondaire est en grande partie subordonné à celui de la maladie dans laquelle elle se développe. Contentons-nous d'observer que, dans le cas où l'affection première ne serait pas très-grave, le peu d'étendue des fausses membranes, l'absence de suffocation et de dyspnée extrême pourraient laisser de l'espoir. »

On sait qu'il existe un certain nombre de relations curieuses d'exemples assez fréquents de diphthérite venant compliquer des fièvres graves. M. le docteur Oulmont (1) cite huit cas d'angine couenneuse dont six sont survenus chez des individus atteints de fièvres typhoïdes : un chez un homme qui avait une double pneumonie, et un dans le cours d'une péritô-

(1) *Archives de médecine.* — 1856.

nite tuberculeuse. MM. Louis et Forget, de Strasbourg, ont également fourni des faits de ce genre.

En un mot, la lésion diphthéritique peut faire son apparition, comme cela se voit encore assez fréquemment dans les cas graves où il existe une adynamie considérable. Il n'est nullement nécessaire que la diphthérite ait joué un rôle dans la production de cet état général. Elle arrive, comme fait ultime, appelée en quelque sorte par l'adynamie elle-même. C'est ainsi qu'on peut voir quelquefois cette lésion venir apporter une confusion pour le diagnostic, dans le cours de certaines angines foudroyantes essentiellement adynamiques. On sait en effet que s'il est exactement vrai, comme l'a montré d'une façon si complète le savant médecin de Tours, qu'autrefois les angines pseudo-membraneuses étaient toujours appelées gangréneuses, il n'est pas moins exact d'admettre qu'il existe néanmoins des angines gangréneuses septiques et meurtrières au plus haut degré.

On sait aussi que les chirurgiens décrivent également, à la suite de traumatismes considérables, des complications diphthéritiques qui surviennent habituellement dans des conditions hygiéniques déplorables. Il est très-vrai que, sous le nom de diphthérite, beaucoup ont eu affaire à la gangrène phagédénique; mais il est parfaitement avéré que, dans certains traumatismes adynamiques, on a vu des plaques diphthéritiques venir apporter des complications et jouer le rôle d'une lésion ultime. Dailleurs, si contrairement à ce que nous pensons, on n'acceptait pas cette manière

de voir, se fondant sur une idée de mutilation dans la grande espèce nosologique appelée par nos maîtres diphthérite, comment expliquerait-on alors les faits rares, mais incontestables, où la lésion diphthéritique est apparue sans provoquer les plus légers symptômes? Nous avons été témoin deux fois, chez deux garçons, à plusieurs années d'intervalle, de l'apparition d'une pseudo-membrane parfaitement solide, cohérente, qui tapissait dans sa totalité la muqueuse du prépuce. La balano-posthite pseudo-membraneuse commençait sur la couronne du gland, se repliait au fond du cul-de-sac et venait s'arrêter au limbe préputial. Dans les deux cas, je pus saisir la pseudo-membrane avec des pinces, la soulever et la détacher dans son intégrité. Celle-ci offrait tous les caractères de la diphthérite; la muqueuse était d'un rouge vif, à peine exulcérée. Ces deux enfants avaient été ainsi pris, en dehors de toute influence épidémique, et tous les deux observés pendant les jours suivants sans rien présenter d'anormal. M. le docteur Isambert rapporte, dans son travail, qu'il a observé un cas de balano-posthite pseudo-membraneuse chez un élève de l'hôpital des Enfants, sans qu'il y ait eu d'autres accidents diphthéritiques.

La diphthérite cutanée est un fait assez commun, mais le plus souvent elle nous a paru rentrer dans les cas ultimes auxquels nous faisons allusion et sur lesquels nous voudrions pouvoir appeler l'attention des observateurs, bien convaincu qu'il existe encore sur ce sujet des confusions qu'une étude sévère et noso-

logique ferait disparaître. Les pseudo-membranes qui tapissent les conduits auditifs, la vulve, le pourtour des oreilles et les conjonctives, viennent surtout se ranger suivant nous dans cette catégorie de diphthérites ultimes cachectiques. Souvent les praticiens les considèrent alors comme des cas de diphthérite beaucoup plus graves. Mais pour nous il y a là une pétition de principe. Ce n'est pas de la diphthérite elle-même, comme maladie générale, qui survient dans ces maladies fâcheuses, c'est au contraire une lésion diphthéritique ultime surajoutée à un état général grave adynamique ou autre.

Observation XIII. — *Gangrène phagédénique asthénique avec diphthérite ultime.* — François Bienvenu, âgé de 5 ans, entra, le 17 septembre 1849, à l'hôpital des Enfants; il fut placé à la salle Saint-Augustin pour être traité du rachitisme dont il était atteint depuis peu de mois.

Le 8 octobre, le malade, qui semblait déjà s'améliorer sous l'influence de l'huile de poisson, fut pris tout à coup de fièvre intense avec toux et larmoiement.

Le 9, il fut descendu à la salle Saint-Thomas, au n° 5.

Le 11, au matin, éruption complète d'une rougeole pâle, peu marquée sur quelques points du corps. Les gencives sont rouges, tuméfiées avec un liséré ulcéreux très-peu prononcé.

Le 13, au soir, il existait sur la lèvre inférieure, près la commissure gauche, une plaque aphtheuse de la grandeur d'un haricot. Le matin, il n'existait rien dans ce point. Sa surface est blanche et caséeuse.

Le 14, au matin, la plaque est plus grande; son fond a le même aspect, mais les bords sont taillés à pic. Un peu plus en arrière, sur la face interne de la joue gauche, on voit des points aphtheux blancs très-superficiels; il en existe également çà et là sur la face interne de la lèvre inférieure en regard des incisives. La

liséré ulcéreux des gencives est plus prononcé et il se prolonge davantage vers les parties profondes en empiétant vers les molaires; les gencives sont elles-mêmes plus rouges, plus gonflées que les jours précédents. Le moindre contact, les efforts seuls des cris de l'enfant font exsuder une certaine quantité de sang par toutes les surfaces ulcérées. L'haleine est très-fétide. L'état général offre la même gravité.

Le 14, au soir, l'ulcération principale s'est accrue, la base devient dure et forme une légère saillie, la surface contient du sang coagulé mêlé au détritus sanieux, ce qui donne un aspect gangréneux. (Cautérisation avec l'acide chlorhydrique.)

Le 15, même état général. L'éruption existe encore au visage et sur le tronc; la poitrine fournit à l'auscultation des râles muqueux dans les deux poumons; la bouche n'offre pas de changement, si ce n'est que le liséré ulcéreux des gencives augmente et que celles-ci paraissent se détacher des parties auxquelles elles doivent adhérer; ainsi, une traction très-légère sur l'une des lèvres, fait éloigner les gencives des dents qu'elles embrassent sans aucune adhérence. La muqueuse buccale laisse exhaler une certaine quantité de sang, il est difficile de préciser le point d'où il s'échappe. (2 cautérisations.)

Le 16, même état général; toux grasse et modérée. L'ulcère est blanc et caséeux, les points blancs qui se voyaient çà et là sur la muqueuse buccale sont maintenant convertis en surfaces en tout semblables à l'ulcération principale, et plusieurs de ces surfaces sont venues par leur accroissement s'ajouter à la grande, tandis que d'autres se sont réunies entre elles, de sorte qu'il existe une véritable bande ulcéreuse qui intéresse tout l'espace inter-dentaire de la face interne de la joue gauche et toute la lèvre inférieure. Le liséré ulcéreux gengival tend à pénétrer à la face interne des dents, à travers les interstices dentaires, cette ligne ulcéreuse est partout grisâtre, sanieuse, sans apparence pelliculaire. L'haleine est très-fétide, mais sans odeur gangréneuse.

Le 17, même état général. Les râles muqueux thoraciques et la dyspnée ne diminuent point; les ulcérations semblent plus pro-

fondes, leurs surfaces contiennent des débris blanchâtres, comme filamenteux, qui adhèrent, d'une part, à la joue, et quelques-uns tombent directement en bas, tandis que d'autres s'attachent aux dents ; celles-ci s'encroûtent d'un tartre jaune sordide au niveau de l'ulcération linéaire gingivale. Les ganglions cervicaux se gonflent légèrement; l'haleine prend une odeur gangréneuse. (Cautérisation avec solution concentrée de nitrate d'argent.)

Le 18, les ulcérations ont toutes un aspect blanchâtre, caséeux, excepté celles qui conservent encore les escarres produites par la cautérisation d'hier. Le liséré ulcéreux gingival à la mâchoire supérieure a passé à la face interne des dents; il forme des courbes régulières, comme festonnées en s'avançant sur la voûte palatine. L'état général est le même, la face devient pâle et bouffie.

Le 19, pas de changement, si ce n'est un léger gonflement de toute la joue gauche.

Le 21, les ulcérations ont un aspect pelliculaire, leurs surfaces ne sont pas aussi grenues et aussi nettement caséeuses; cependant, en examinant de près, on reconnaît la même nature ulcéreuse ; ce n'était qu'une apparence ; il est impossible de saisir et de constater une pseudo-membrane, il n'existe qu'une couche pultacée, blanchâtre, mêlée sur certains points au détritus ulcéreux.

Ces tentatives font sourdre le sang de tous les points qu'on touche. Les yeux sont, au contraire, le siége d'une exsudation pelliculaire d'une régularité parfaite; les conjonctives palpébrales seules sont revêtues d'une pseudo-membrane de l'épaisseur de 2 à 3 millimètres tapissant toute leur étendue. On peut facilement la saisir sur le bord palpébral ; et par une traction légère, la détacher comme on le ferait d'une feuille de papier mouillée, adhérente à une surface plane. Les muqueuses palpébrales sont parfaitement saines en apparence au-dessous de ces exsudations, sauf néanmoins une légère rougeur diffuse. Les conjonctives oculaires ne sont pas recouvertes ainsi, mais cependant il en existe manifestement dans les parties profondes, comme on peut s'en assurer en écartant et retournant les paupières. (Cau-

térisation des yeux avec une solution de nitrate d'argent.)

Le 23, les pseudo-membranes oculaires sont comme diffluentes, elles sont limitées à la muqueuse palpébrale.

Le globe oculaire est normal; cependant la muqueuse bulbaire est un peu rouge du côté gauche. Les cils sont presque toujours agglutinés et maintiennent les yeux complétement clos. Du liquide purulent s'accumule sur la muqueuse et distend les paupières en les faisant saillir en avant. La bouche est dans un état déplorable, toute la muqueuse est ulcérée, plusieurs dents très-saines ont abandonné leurs alvéoles, au niveau des points où les ulcérations ont laissé les rebords alvéolaires complétement à nu. La joue gauche est tendue par un œdème dur et luisant. Si l'on cherche à bien préciser les lésions buccales, on trouve à la face interne de la joue gauche un ulcère d'un blanc sale, sordide, anfractueux, à bords irréguliers et taillés à pic. Les dents qui sont en contact avec lui impriment leurs saillies sur sa surface. Les faces muqueuses des deux lèvres sont le siége d'ulcérations allongées transversalement et qui se trouvent immédiatement en contact avec les lisérés ulcéreux des gencives correspondantes. Tous ces ulcères sont finement granulés, caséeux et pultacés. Ceux des gencives seuls sont grisâtres et mollasses. Les irrigations pour nettoyer la bouche de ce malheureux enfant suffisent pour entraîner les dents hors de leurs alvéoles. Au milieu de ces désordres locaux, l'état général est à peu près le même; la fièvre, la dyspnée, n'augmentent guère; les signes stéthoscopiques sont les mêmes; l'appétit est encore assez conservé; pas de diarrhée. L'enfant est presque sans cesse affaissé sur lui-même. Par un mouvement considérable de flexion du tronc, il pose sa tête sur ses jambes, ou bien il se tient caché sous les couvertures. (Le 24, cautérisation avec l'acide chlorhydrique.)

Le 25, même état général. Les pseudo-membranes oculaires paraissent peu; cependant on distingue une légère pellicule blanchâtre, simulant une gaze fine sur la muqueuse palpébrale. Les ulcérations buccales sont détergées. Elles ont en général une coloration blanche. (2 cautérisations avec l'acide chlorhydrique.)

Le 26, les ulcérations des gencives s'améliorent; elles offrent

çà et là quelques points rosés avec tendance à la cicatrisation. L'ulcère de la joue gauche est toujours considérable ; il est difficile d'en constater toute l'étendue, l'écartement des mâchoires ne se faisant qu'incomplétement à cause de la tuméfaction de la joue et des douleurs que ce mouvement provoque.

Le 27, l'état général est moins satisfaisant, la fièvre est plus vive, l'abattement plus considérable, les yeux sont presque toujours fermés, surtout l'œil gauche, qui présente sur la muqueuse palpébrale une légère couche pelliculaire. L'ulcère de la bouche est aussi calleux ; cependant le liséré ulcéreux des gencives paraît diminuer dans son parcours.

Le 29, une incisive inférieure, qui vacillait dans son alvéole et qu'on supposait gêner la cicatrisation, a été enlevée. (Inoculation du liquide purulent de l'œil gauche sur la face interne de la cuisse gauche, et inoculation du liquide buccal sur la cuisse droite.)

L'état général devient plus grave, la dyspnée augmente avec la diminution des joues. L'ulcère de la joue gauche est environné d'un tel œdème, avec des callosités périphériques si résistantes, qu'il est impossible de tenter d'écarter les mâchoires ; cet œdème s'étend au-dessus de l'œil correspondant jusque dans la fosse temporale.

Le 30, la face est encore plus gonflée, les yeux sont encroûtés d'un pus concret qui, se mêlant aux cils, ne permet que difficilement d'écarter les paupières.

Les conjonctives palpébrales et oculaires sont tapissées de pseudo-membranes faciles à isoler et à saisir avec des pinces. La dyspnée augmente, avec cris fréquents. L'inoculation à la cuisse gauche ne donne aucune trace appréciable, celle à la cuisse droite est distincte par un large point rosé.

Le 31, au matin, l'enfant est dans un état désespéré, la face est énorme, les lèvres sont œdémateuses, blanchâtres, les joues dures, luisantes. A l'intérieur de la bouche, on trouve les ulcères d'un blanc grisâtre avec des nécroses considérables des maxillaires. Rien n'indique la complication de la gangrène à marche aiguë (gangrène noire). La dyspnée et la fièvre sont tellement

intenses qu'on prévoit une mort prochaine. Souffle à la partie postérieure du poumon gauche, râles muqueux fins dans toute l'étendue de la poitrine.

L'inoculation, pratiquée à la cuisse droite, est reconnaissable à un point rouge, comme s'il existait une toute petite pustule.

Mort survenue le 31 dans l'après-midi.

Autopsie. — Cadavre d'un enfant déformé par le rachitisme.

Les deux poumons insufflés fournirent, dans une grande étendue, les altérations propres à la pneumonie catarrhale. La partie inférieure du poumon gauche ne laisse pénétrer l'air que difficilement.

Le larynx était légèrement injecté ; il existait immédiatement au-dessus de la glotte, au sommet du cartilage aryténoïde droit, un point jaunâtre ulcéreux peu profond, très-nettement circonscrit et de la dimension d'une grosse tête d'épingle. La trachée, les grosses, les moyennes et les petites bronches étaient colorées en rouge foncé, par une injection sanguine très-considérable.

L'ulcère de la face interne de la joue gauche était noirâtre, recouvert de détritus ; l'os maxillaire inférieur dans la moitié gauche était nécrosé dans toute la hauteur de son bord alvéolaire, en faisant une coupe sur cette partie de l'os ; on voyait au niveau de la séparation de la partie malade et de la partie saine, un commencement de vascularisation et de raréfaction du tissu osseux remarquable en outre par une couleur grisâtre due à une légère quantité de liquide d'un aspect huileux.

Sur la voûte palatine, la muqueuse était noirâtre, comme gangréneuse à sa surface, les parties molles se séparaient en totalité de la paroi osseuse ; si, avec le bistouri, on incisait ces parties molles ainsi altérées, on trouvait la muqueuse réduite en putrilage, et les tissus sous-jacents durs, comme lardacés, criant sous le scalpel. Il en était exactement de même à la face interne de la joue gauche.

Les callosités périphériques de l'ulcère, si résistantes pendant la vie, étaient encore dures et lardacées à la façon des tissus squirrheux. Le maxillaire supérieur gauche avait son bord alvéolaire également nécrosé.

La commissure labiale droite était, à sa partie interne, le siége d'un ulcère de même nature dont la base et le pourtour offraient également des tissus calleux criant sous le scalpel. Une portion de la voûte palatine a été soumise à l'examen du docteur Lebert, qui a jugé que la surface pleine de détritus, était le résultat d'une gangrène superficielle. Les ganglions cervicaux étaient énormes, pas un ne fut trouvé tuberculeux; il en fut de même des ganglions bronchiques.

Les yeux contenaient encore les pseudo-membranes signalées. Les muqueuses oculaires étaient saines, quoique légèrement injectées par une coloration jaune pâle. Les autres organes furent trouvés normaux.

Observation XIV. — *Gangrène phagédénique. — Diphthérite cachectique?* — Théophile Clerbaux, âgé de 4 ans et demi. Entré le 5 octobre 1849, couché au n° 8, salle Saint-Augustin. Cet enfant est apporté à l'hôpital par des personnes qui ne donnèrent aucun renseignement sur son compte, excepté que le jeune malade habitait une maison très-pauvre de la rue Saint-André-des-Arts.

Cet enfant est brun et vigoureux pour son âge ; il porte à la joue droite une cicatrice toute récente qui pouvait résulter d'une légère incision pratiquée pour évacuer un petit abcès sous-cutané. Ce malade a été amené dans les salles pour une affection de la bouche. A son examen, on constata, sur la face interne de la joue droite, une ulcération partant de la commissure labiale correspondante, et qui s'étendait plus profondément dans une étendue de 0,03. Le liséré onduleux des gencives et tout le bord droit de la langue sont également ulcérés. Ces ulcérations sont d'un gris noirâtre, avec un détritus ensanglanté et sanieux ; les dents sont déchaussées et enduites de tartre d'un jaune sale. Pas de fièvre, pas de gonflement de la face ; appétit et forces conservés. (Des lotions sont prescrites afin de déterger ces ulcérations sanieuses, pour pouvoir en apprécier la nature.)

Le 6 octobre, les lotions avaient changé l'aspect de ces ulcérations ; leurs surfaces étaient recouvertes par une exsudation

parfaitement blanche et caséeuse simulant au premier abord une pellicule sinueuse sur ses bords ; ceux-ci étaient enchâssés par la muqueuse buccale, qui présentait à leur périphérie un liséré d'un rouge vif.

Autour de l'ulcération de la face interne de la joue, il existait çà et là de petits points arrondis, blanchâtres ; quelques-uns d'entre eux, plus considérables, étaient convertis en petites ulcérations très-superficielles.

Le 8, les ulcérations de la joue ont le même aspect. Le liséré ulcéreux des gencives semble s'accroître, et le bord droit de la langue reproduit exactement sur sa ligne ulcéreuse les saillies et les anfractuosités formées par l'arcade dentaire correspondante.

Le 10, même aspect, si ce n'est que le centre de l'ulcère de la joue est légèrement rougeâtre, coloration due au sang qui s'écoule très-facilement de ces ulcérations ; fétidité de l'haleine.

Le 12, le liséré ulcéreux des gencives est détergé, et sur une grande étendue il est remplacé par une ligne rouge de réparation. Au niveau de la commissure labiale droite, sur l'ulcération principale, il existe des points de cicatrisation. Le centre est toujours soit rougeâtre sanieux, soit blanc caséeux, suivant que les lotions ont été faites depuis plus ou moins de temps. L'enfant a légèrement pâli ; il est triste, sans fièvre, assez bon appétit.

Pas de changement jusqu'au 18, époque où les deux yeux sont atteints d'une ophthalmie catarrhale. Cautérisation des conjonctives. Même état de la bouche.

Le 22, deuxième cautérisation oculaire. Pas de changement du côté de la bouche.

Le 23, le malade est pris de fièvre vive avec toux retentissante.

Le soir du même jour, quelques macules de rougeole apparaissent.

Le 24, l'enfant est transporté salle Saint-Jean, n° 14. L'éruption morbilleuse est complète, mais pâle. Catarrhe pulmonaire double. La bouche est à peu près dans le même état ; cependant les lotions ont été interrompues vingt-quatre heures, à cause du changement de salle, l'aspect des ulcérations est plus sordide

et l'haleine plus fétide; en même temps les parois de la joue sont légèrement tuméfiées, et la peau a pour la première fois une teinte rouge peu prononcée.

Le 25, le volume de la joue est plus considérable que la veille et la peau plus animée. Cependant l'haleine, quoique bien fétide, n'est pas gangréneuse. L'état général s'aggrave. (Cautérisation énergique avec l'acide chlorhydrique pur.)

Le 26, l'ulcération jugale est un peu détergée; le fond en est blanchâtre, mais les bords sont durs et comme calleux. L'œdème de la joue est aussi considérable. La muqueuse palpébrale de l'œil gauche est le siége d'une légère exsudation pelliculaire, translucide, d'un blanc jaunâtre. L'état général est toujours aussi grave.

Le 29, même état local et général. L'œil ne contient plus de diphthérite et la muqueuse est à peine rouge.

Le 30, l'ulcération de la joue est entourée par une induration plus considérable et plus dure; l'enfant laisse écouler de sa bouche un liquide sanieux et infect. Il est difficile maintenant d'explorer tout l'intérieur de la cavité buccale. La face externe de la joue est lisse et rouge, surtout au niveau de la petite cicatrice récente dont nous avons parlé plus haut.

Le 31, l'état général s'aggrave. Le dyspnée fait des progrès considérables; la tuméfaction et la rougeur de la joue sont accrues. (Cautérisation avec l'acide chlorhydrique le 31 au soir.)

Le 1er novembre, le matin, à la visite, on trouve la joue droite perforée; l'ouverture est ronde et nette, comme celle qu'on pratique dans le cuir avec un emporte-pièce; elle a fait disparaître la petite cicatrice. En même temps, il semble que la joue est moins tendue et sa rougeur moins unie. L'intérieur de la bouche paraît être dans le même état. Même état général.

Le 2, la perforation s'est légèrement accrue; elle est toujours aussi nette; il semble que les parois de cet orifice s'agrandissent progressivement; leur couleur est d'un gris rougeâtre. Le liséré ulcéreux gingival est le même. La diphthérite oculaire ne s'est pas montrée de nouveau; les yeux sont chassieux.

Le 3, l'ulcération perforante s'est encore agrandie sans altérer

en rien sa forme et sa régularité ; l'ulcération s'accroît en circonférence. L'état général devient plus grave. (Cautérisation avec le fer rouge de tout le pertuis ulcéreux.)

Le 4, l'orifice cutané s'est un peu agrandi ; sa coloration est blanchâtre, avec le même caractère.

Le 6, légère hémorrhagie buccale, sans qu'on puisse bien en préciser le point de départ. Amaigrissement léger, perte d'appétit. L'état général se maintient au même point. La plaie fistuleuse s'agrandit lentement sans perdre sa forme ; la cautérisation n'a absolument rien produit. L'œil droit est constamment fermé. Il ne contient pas de diphthérite ; mais il existe entre les lames de la cornée un épanchement purulent interstitiel. Le pouls est petit, sans fréquence bien considérable ; les râles muqueux thoraciques sont moindres ; l'embonpoint est encore assez notable, mais l'attitude de l'enfant offre une tristesse particulière ; il passe des journées entières immobile, la figure appuyée sur son oreiller, qui est sans cesse souillé par le liquide salivaire et ensanglanté qui s'échappe par la fistule. (Inoculation pratiquée à la face interne de chaque cuisse, avec le liquide pris sur les gencives ulcérées et sur la surface de l'ulcère jugal.)

Le 7, les inoculations n'ont rien produit ; même état général et local, une légère hémorrhagie buccale s'est produite. (Pilules opiacées ; vin de quinquina, vin de Bagnols.)

Le 11, rien d'appréciable n'est survenu aux points d'inoculation. L'auréole œdémateuse du pourtour de l'orifice semble diminuer ; l'anneau ulcéreux est affaissé sur ses bords ; à peu près en même temps son aspect rougeâtre est remplacé par une coloration plus blanche. Même état général. (Même prescription ; pansement avec camphre et quinquina arrosé d'eau de Rabel.)

Le 13, l'état général paraît s'améliorer. Les bords de l'ulcère se sont affaissés, et le diamètre de la fistule considérablement diminué, avec cette particularité que l'orifice cutané est plus considérable que celui du côté de la muqueuse buccale, de sorte que cette fistule ressemble assez exactement à un entonnoir. Les parties qui l'environnent, et qui étaient autrefois gonflées et œdémateuses, sont au contraire actuellement affaissées, de sorte que

l'ulcère se trouve aujourd'hui situé au milieu d'une légère dépression.

Le 15, l'orifice extérieur est encore diminué, tellement qu'il est presque comblé en entier par un liquide purulent de bon aspect, on pourrait même le croire complétement oblitéré, si pendant l'expiration il ne s'échappait un peu d'air. On peut assez facilement explorer la bouche, dans laquelle on trouve encore un large ulcère blanchâtre à bords calleux. L'ulcération des gencives n'a pas notablement changé ; les dents sont noircies par les cautérisations. L'état général est assez satisfaisant pour qu'on recommande de lever le malade.

Le 17, la diminution de l'orifice a continué ; il présente une ouverture tellement petite qu'elle recevrait tout au plus une tête d'épingle. Les parois de la joue sont molles et flasques ; l'œil droit s'ouvre complétement et l'opacité de la partie intérieure de la cornée est complète. L'état général continue à s'améliorer. L'appétit est bon.

Le 19, l'état local est absolument le même, mais l'enfant semble triste et refuse les aliments.

Le 20, la fièvre, qui depuis longtemps n'existait plus, se montre assez vive, en même temps la respiration est fréquente. On constate des râles fins et muqueux aux deux bases des poumons. Rien de changé à l'état local, si ce n'est autour du petit pertuis qui constitue maintenant l'ulcère de la joue. Il existe aujourd'hui une auréole rouge avec un bourrelet calleux.

Le 21, l'état général continue à prendre la même allure comme aux mauvais jours, et en cherchant à examiner la bouche, on trouve l'ulcération de la face interne de la joue avec un aspect grisâtre ulcéreux s'étant avancé jusque sur la lèvre inférieure et au voisinage de la commissure droite. Sur la lèvre il était facile de voir cette ulcération avec les bords sinueux et irréguliers. (M. Bouley prescrit une cautérisation avec l'acide chlorhydrique, pur sur cette surface qui n'était plus stationnaire, mais qui depuis la veille avait fait des progrès notables.) Je pratiquai moi-même la cautérisation, ayant le soin de toucher convenablement tous les points ulcérés, la face interne de la joue droite,

la gencive du même côté et tout le même bord de la langue qui offrait également une ulcération dans toute la largeur. En faisant, immédiatement après la cautérisation, une injection dans la bouche pour enlever le reste de l'acide, je vis ressortir par le pertuis une colonne de liquide d'un calibre très-considérable. L'oblitération de l'orifice était plus apparente que réelle, ou mieux le travail ulcéreux avait marché en laissant sur la place le détritus qui masquait, en remplissant le trajet de la fistule.

Le 22, l'ulcère a repris son caractère ulcéreux envahissant comme aux mauvais jours ; son orifice intérieur a plus d'un centimètre de diamètre. L'œdème du pourtour a reparu; la paupière de l'œil droit est légèrement tendue. En outre, l'état général continue à être moins satisfaisant. Plus d'appétit, plus de sommeil.

A la visite du 23, on trouve l'orifice externe plus large qu'il n'a jamais été; de plus sa forme est ovalaire, à grand diamètre transversal. Les bords sont taillés à pic comme avec un emporte-pièce. La surface ulcéreuse de cet orifice est d'un gris rougeâtre; elle est baignée par un liquide ayant un aspect huileux très-marqué. Cet ulcère rappelle cette espèce de chancre connu sous le nom d'*ulcus perforans*, qui creuse comme une sorte de puits profond et régulier dans le tissu dense du gland. La joue entière est d'un rouge vif et présente un œdème dur très-prononcé. Le reste du visage est pâle et altéré. La dyspnée et la fièvre continuent.

Le 25, état à peu près stationnaire ; cependant l'ulcère a fait quelques progrès. On voit à travers les dents les alvéoles complétement dénudés.

Le 29, état stationnaire, peut-être même légère amélioration dans l'aspect extérieur du malade, ainsi que dans l'œdème de la joue.

Le 1er décembre, amélioration notable. Les ulcérations buccales sont moins considérables ; celles des gencives sont cicatrisées vers leurs extrémités. L'œdème a diminué considérablement. La surface ulcéreuse de l'ulcère de la joue est d'une coloration rosée, qui donne lieu d'espérer encore une tentative de guérison. Les forces sont satisfaisantes, l'appétit revient, l'enfant doit se lever.

Le 2, le chancre perforant a diminué ; même aspect satisfaisant; l'état général se maintient meilleur.

Le 3, le malade paraît accablé, refuse ses aliments. Même état local.

Le 4, le chancre, sans cependant avoir changé d'aspect, s'est évidemment agrandi transversalement ; néanmoins la muqueuse buccale s'est reproduite même sur des points qui ont été si longtemps ulcérés. Les gencives sont cicatrisées, les dents sont restées déchaussées, mais les parties de gencives qui ont survécu à l'ulcération offrent certainement un liséré cicatriciel dans les points où ont existé les ulcères ; il n'existe plus dans la bouche de surfaces ulcérées, excepté le seul orifice interne de la fistule qui traverse perpendiculairement la paroi jugale.

Le 5, affaissement considérable du malade, pâleur et décoloration de tous les tissus. Je constate au soir un œdème de tout le membre supérieur droit. L'orifice ulcéreux extérieur s'est légèrement agrandi.

Le 6, même état local ; mais l'œdème se montre aux jambes et au scrotum. Épanchement dans la plèvre du côté droit ; sueur et dyspnée plus prononcée ; diarrhée intense, douze selles dans la nuit du 5 au 6. Une d'elles nous est montrée ; elle contenait une quantité notable de sang. (Sirop antiscorbutique, nourriture végétale, jus d'herbes, citron, cresson, vin et quinquina.)

Le 7, au matin, l'enfant mourut subitement d'une syncope, au moment où il appelait pour demander le vase de nuit.

Autopsie faite le 9 décembre 1849.

Cadavre amaigri et légèrement infiltré aux extrémités ; légère bouffissure du visage. En ouvrant le thorax, on rencontre de l'hydrothorax. A gauche, le liquide était séreux et en petite quantité, tandis que du côté droit l'épanchement était considérable et louche, avec des flocons albumineux. La base du poumon droit était recouverte d'une couche celluleuse aréolaire de fibrine coagulée dépendant d'une pleurésie récente. Il existait une légère adhérence, par l'intermédiaire de cette production, entre le poumon et la plèvre diaphragmatique. Le lobe moyen du poumon droit était le siége d'un énorme épanchement san-

guin au milieu même du parenchyme. Le sang formait des masses noires compactes, séparées par des parties de poumon offrant l'aspect œdémateux, ou faisant écouler un liquide spumeux et sanglant en pressant ces parties pulmonaires. L'insufflation démontra que tout le reste était parfaitement normal.

Le péricarde contenait une certaine quantité de sérosité citrine avec de petits grumeaux albumineux.

Le cœur était décoloré, avec des caillots cruoriques et fibrineux considérables, existant dans les deux ventricules et les gros vaisseaux qui partent du cœur.

L'abdomen contenait un épanchement notable de sérosité. Estomac, reins, foie normaux. L'intestin grêle n'offrait rien autre chose que quelques points rares légèrement vascularisés. Le gros intestin, au contraire, était le siége d'une injection très-considérable, avec des follicules tuméfiés et ulcérés. Plus on approchait de la fin du gros intestin, plus on rencontrait la muqueuse injectée et ramollie. Vers la fin du rectum, il existait une légère couche de matière blanche, exsudée par places sur la muqueuse, qui se trouvait au-dessous granulée, rouge et ramollie. Tous les organes étaient exsangues. Pas de traces de tubercules. La bouche offrait à la face interne de la joue droite, dans le point où avait existé une ulcération, un tissu fibreux de cicatrice, remarquable. Les gencives étaient complétement cicatrisées; mais toutes les molaires supérieures et inférieures du côté droit étaient déchaussées, et les maxillaires correspondantes se trouvaient à nu dans une grande étendue et sur toute la hauteur du rebord alvéolaire.

La surface ulcéreuse de la fistule avait toujours son même aspect, avec ses bords durs et calleux. Le gonflement œdémateux de la joue avait presque complétement disparu.

Les conjonctives étaient parfaitement saines.

Il était impossible de retrouver sur les cuisses quelques traces des points où nous avions pratiqué les inoculations.

TRAITEMENT DES MALADIES CUTANÉES CACHECTIQUES.

D'une façon générale on doit dire que pour toutes les maladies qui composent ce groupe, l'indication principale consiste à combattre la cachexie quelle qu'elle soit. L'indication première est de rechercher la cause qui a pu jeter l'économie dans cette profonde débilité afin d'y pourvoir, s'il est moyen, par tels ou tels agents appropriés aux cas individuels. C'est pourquoi le traitement se divise naturellement en général ou local. Le premier a pour but de modifier la constitution plus ou moins capable de revenir à un état meilleur. Pour les nouveau-nés le but sera rempli à l'aide du lait d'une nourrice, de bains toniques, et de l'exacte observation des règles d'une hygiène sévère. Pour les enfants plus âgés, une nourriture substantielle aidée de tous les martiaux et les toniques possibles, avec une aération convenable. Lorsque la cachexie est trop prononcée et qu'elle résulte d'une cause spéciale comme infection palustre, scorbut, etc., etc., les médications particulières doivent être nécessairement adjointes aux moyens reconstituants. Le traitement local en est très-variable, son importance est beaucoup moindre, mais néanmoins, comme il varie selon les espèces, nous rappellerons en quelques mots les particularités qu'il offre à chacune d'elles, sans répéter ce que nous venons de dire du traitement général.

A. **Traitement du rupia.** Outre les moyens gé-

néraux qui doivent concourir tous à restaurer énergiquement le malade, le traitement du rupia ne consiste guère qu'à déterger, quelquefois à ouvrir les bulles, à donner une légère excitation aux ulcères qui en sont les conséquences. D'autres fois il faut cautériser énergiquement pour éviter l'invasion de la gangrène phagédénique. Les ulcérations sont en général convenablement pansées à l'onguent de Canet et lotionnés avec du vin sucré.

B. **Traitement de l'ecthyma cachectique.** — De même que pour le rupia, toute la thérapeutique consiste dans les moyens réparateurs d'une constitution détériorée. Le traitement local est également le même et se borne à exciter quelquefois les surfaces ulcéreuses en les touchant avec le nitrate d'argent fondu, ou en les lavant avec des décoctions aromatiques, une solution de chlorure de chaux, ou en les saupoudrant de crème de tartre (Rayer).

C. **Traitement de la gangrène phagédénique.** — Cette affection infantile est, comme nous l'avons dit, le plus souvent le résultat d'un état morbide particulier, succédant aux fièvres éruptives. La misère, les privations et l'encombrement suffisent néanmoins à provoquer cet état général appauvri, cachectique, qui est en quelque sorte nécessaire pour l'apparition de la gangrène phagédénique. On conçoit sans peine quelles sont les difficultés pour combattre la disposition morbide laissée après les fièvres éruptives, disposition elle-même très-variable suivant les épidémies. Cependant en remarquant que la plupart des

cas d'affections phagédéniques, succédant aux fièvres éruptives, ne s'observent guère que dans les hôpitaux ou parmi les populations indigentes, on ne peut s'empêcher de croire à la combinaison de plusieurs causes délétères, agissant dans le même sens. C'est pourquoi le traitement général doit être surtout ici associé à l'hygiène. Nous avons vu lors du choléra de 1849, combien l'encombrement peut amener fréquemment cette terrible complication des fièvres éruptives. Ainsi l'asile Pascal avait été destiné aux jeunes orphelins des victimes du choléra, mais il avait des dimensions assez restreintes, et lorsque le fléau, dans le mois de mai et le commencement de juin, étendit ses ravages d'une façon effrayante, il y eut rapidement un encombrement parmi cette jeune population, qui en quelques semaines envoya à l'hôpital des Enfants un nombre considérable de gangrène aiguë (noire) de la bouche, de gangrène phagédénique buccale, vulvaire, succédant à des rougeoles de moyenne intensité, et enfin, chose remarquable, survenant parfois spontanément sans fièvre éruptive préalable. Ces faits enseignent à plus d'un titre l'importance des règles de l'hygiène et du traitement général. Celui-ci devra nécessairement varier selon la nature de la cachexie, de sa cause, de l'âge et de l'état du malade, etc. Dans ces temps derniers, le traitement par le chlorate de potasse nous venant de l'étranger a été expérimenté à Paris. Un des premiers, notre savant maître, le docteur Blache, puis MM. Barthez, Bergeron, etc. ont montré les succès de ce médicament dans la sto-

matite couenneuse. Le chlorate de potasse, pris à l'intérieur, paraît exercer une action spéciale sur la muqueuse buccale; au bout d'un temps très-court, celle-ci prend une coloration rosée, la tuméfaction des parties disparaît, et les ulcérations se cicatrisent. Ces faits si merveilleux pour les affections buccales de bonne nature, prenant facilement des aspects si graves, mais qui en général ne durent pas, pourraient-ils se produire dans les cas de gangrène phagédénique, asthénique, buccale ou vulvaire? Nous l'ignorons, n'ayant point observé de faits capables de juger cette question. Mais nous en doutons, et ce doute peut être expliqué, par la contradiction formelle qui existe entre des observateurs du plus grand mérite, à l'occasion de la vertu curative du chlorate de potasse. Les uns affirment sa puissance presque constante, les autres non-seulement la nient, mais ne lui reconnaissent aucune espèce d'action appréciable. Ces derniers auraient-ils observé des cas de gangrène phagédénique dont les allures et l'aspect peuvent tant ressembler à certains moments des stomatites ulcéro-membraneuses, stomatites couenneuses, diphthéritiques, etc.? Le traitement local est toujours d'un très-grand secours surtout lorsqu'on a pu agir favorablement sur l'état général. Il consiste principalemeut dans les cautérisations les plus énergiques, telles que celles obtenues par le fer rouge, l'acide chlorhydrique, lorsque les parties ne permettent pas d'employer le cautère potentiel. C'est grâce à ces cruels moyens qu'on peut parfois borner des gangrènes qui s'arrêtent et laissent le plus souvent

une petite portion du squelette nécrosée, lorsqu'elles ont siégé à la bouche.

Il faut recourir aux caustiques tant que la marche envahissante des bords est encore évidente. Si la vitalité des enfants n'est pas trop éteinte, la destruction complète de cette couche superficielle de gangrène moléculaire est le seul moyen d'arrêter sa marche. Il va sans dire que des lotions détersives ou des pansements excitants doivent favoriser la conversion de ces ulcères sordides en des plaies de bonne nature.

D. **Traitement de la diphthérite ultime.** — La nature et le moment de cette lésion cachectique fournissent au médecin des indications qui surgissent des épidémies mêmes et des cas particuliers, où l'élément diphthéritique fait son apparition.

NEUVIÈME CLASSE

MALADIES INFLAMMATOIRES

Ce groupe renferme un nombre considérable d'affections cutanées, ayant un certain nombre de caractères communs. Toutes les maladies qui le composent provoquent plus ou moins des symptômes généraux, quelques-unes même à la façon des fièvres éruptives contagieuses spécifiques (variole, scarlatine, etc.).

Elles peuvent être presque toutes sous l'influence d'un état particulier des voies digestives.

Aucune d'entre elles n'offre le caractère contagieux.

Elles apparaissent souvent liées à certaines constitutions médicales régnantes. Enfin toutes peuvent exister un certain nombre de fois chez le même individu. Elles n'ont point le privilége si important en clinique de détruire par une première apparition dans l'économie toute aptitude ultérieure à se développer de nouveau ; caractère, au contraire, si capital des fièvres éruptives contagieuses spécifiques, rapprochées à tort de la plupart des maladies inflammatoires qui forment notre neuvième classe.

SECTION I. — ECTHYMA AIGU.

L'ecthyma est une affection non contagieuse, caractérisée par des pustules larges, saillantes, le plus habituellement très-peu nombreuses, dont la base est dure avec une coloration rouge. Ces pustules ont été prises par Willan pour désigner le type des pustules *phlysaciées*.

Elles sont presque toujours discrètes et font leur apparition d'une façon successive. Arrivées à la période de dessiccation, elles se recouvrent de croûtes brunes, épaisses, adhérentes, lesquelles après leur chute laissent sur la peau des taches rougeâtres avec une légère cicatrice au centre.

M. Rayer a montré (1) qu'en examinant avec soin la structure des pustules d'ecthyma à leurs diverses périodes, on reconnaît : 1° que dans un premier état (élevures rouges) il y a seulement injection sanguine avec tuméfaction piriforme du derme ; 2° que dans une seconde il se dépose au sommet de ces élevures, et plus rarement sur toute la surface et sous l'épiderme, une certaine quantité de sérosité purulente ; 3° que dans une troisième, qui survient bientôt après, une matière comme pseudo-membraneuse est déposée au centre de l'élevure évidemment *perforée ;* 4° qu'après l'extraction de cette matière et l'enlève-

(1) *Traité des maladies de la peau*, 2e édition, t. I, p. 725. Paris, 1835.

ment de l'épiderme, la pustule apparaît sous la forme d'un petit godet entouré d'un bourrelet dur et volumineux; 5° enfin que les jours suivants le bourrelet s'affaisse, en même temps qu'une cicatricule se forme au-dessous d'une croûte dont le centre est enchâssé dans le point où l'on avait observé la perforation.

D'autres fois les pustules d'ecthyma occupent au contraire toute la plaque. L'auréole rouge périphérique est à peine marquée : elles ressemblent à des bulles remplies de pus.

Enfin il arrive que les pustules se terminent par résolution et les croûtes sont alors remplacées par des squames plus ou moins abondantes.

L'ecthyma aigu, dont la durée est d'environ une douzaine de jours, est le plus souvent accompagné ou précédé de symptômes généraux.

En général, ils sont en raison directe de l'intensité de l'éruption. Ces symptômes sont très-variables, ils peuvent parfois, par leur nombre et la réaction qu'ils éveillent, ressembler aux prodromes des fièvres dites éruptives : tels que malaise, inappétence, céphalalgie, fièvres et frissons.

Mais généralement les phénomènes généraux sont moins intenses, à tel point qu'ils peuvent passer inaperçus.

Au contraire les signes locaux fournis par les parties du corps où l'éruption doit apparaître, sont à peu près constants. Ces derniers consistent dans une sensation de brûlure à la peau ou même dans une douleur fixe intense assez semblable à celle du zona.

Cette éruption particulière peut se montrer sur toutes les parties du corps; mais on l'observe le plus souvent sur les jambes, le cou, les membres et la poitrine. Elle n'apparaît sous cette forme aiguë que d'une façon très-exceptionnelle chez l'enfant, encore ne la rencontre-t-on guère que dans le cours de la seconde et de la troisième enfance. Autant la forme dite cachectique est fréquente dans le cours des cachexies infantiles, autant au contraire la forme aiguë de l'ecthyma apparaît rarement au milieu des conditions ordinaires de la santé.

Le diagnostic de cette forme n'offre jamais de difficultés, la largeur et l'isolement des pustules suffisent pour les séparer de celles de l'impétigo, lesquelles d'ailleurs sont petites, aplaties, superficielles, plus ou moins confluentes, avec des croûtes molles jaunâtres caractéristiques.

Le pronostic est favorable, bien différent en cela de celui de l'ecthyma cachectique qui se rencontre fréquemment, tandis que la forme aiguë et bénigne est presque une exception.

SECTION II. — PEMPHIGUS SIMPLE.

Nous avons vu qu'il existait une forme de pemphigus auquel les auteurs modernes donnent pour la plupart l'épithète de syphilitique et qui pour nous n'est point fatalement un signe de syphilis, mais un symptôme cachectique, lequel, comme le dit notre collègue Desruelles dans sa thèse inaugurale, ne

doit être considéré qu'à titre de présomption d'une infection spécifique. Il en existe une autre forme beaucoup moins rare à rencontrer qui, au rebours de la précédente, peut apparaître chez les nouveau-nés et les enfants de tous les âges dans le cours de la plus belle santé.

L'éruption du pemphigus simple est habituellement précédée de symptômes généraux plus ou moins intenses, qui peuvent ressembler à ceux qui précèdent ou accompagnent les fièvres éruptives contagieuses proprement dites. Parmi les signes précurseurs qui font le moins défaut, on a noté la constipation. Cependant les symptômes généraux précurseurs peuvent totalement manquer, et chez les nouveau-nés ils passent souvent inaperçus. Quand ils sont bien tranchés, leur durée n'excède guère deux ou trois fois 24 heures.

L'éruption bulleuse appelée pemphigus se compose d'une série de phases différentes qui ont été successivement étudiées suivant leur mode d'apparition. Ainsi chaque bulle se compose de rubéfaction, tuméfaction, vésication, laquelle se termine par une croûte. Ces trois phases peuvent avoir des durées respectives très-variables, quelques-unes d'entre elles peuvent échapper à l'observation, mais elles n'en existent pas moins. La rubéfaction est le premier symptôme local qui précède le développement de la bulle, elle est formée par une plaque rouge, arrondie, dont les dimensions peuvent atteindre presque la largeur de la main, mais le plus généralement elle ne dépasse guère la dimension d'une pièce de deux francs. Cette coloration

d'un rouge d'autant plus foncé que le moment de la vésication est venu se maintient pendant toute la durée de la bulle, car, apparaissant avant son développement, elle lui fait une auréole pendant sa durée, ainsi qu'au pourtour des excoriations qui lui succèdent. Enfin, après la cicatrisation la rubéfaction persiste encore un temps plus ou moins long.

La tuméfaction est un phénomène qui se produit en même temps que la rubéfaction, elle est limitée comme celle-ci. La peau est tendue, et parfois le tissu cellulaire sous-jacent prend part à cette congestion œdémateuse, qui cependant ne paraît jamais aller assez loin pour permettre à la pression du doigt d'y déterminer un enfoncement bien marqué. Cette tuméfaction ne persiste pas longtemps. Elle tend à disparaître à mesure que la bulle arrive à sa période d'état, mais elle ne disparaît complétement que pendant la période de dessiccation. A un certain moment, sur ces plaques rouges tuméfiées, il apparaît un premier degré de vésication, l'épiderme est soulevé par une petite quantité de liquide. Celui-ci augmente rapidement et la bulle pemphigoïde se trouve formée. Le volume de ces bulles peut varier depuis celui d'une petite noisette jusqu'à celui d'un œuf. Elles ont l'aspect d'une grosse ampoule, sont habituellement demi-sphériques, plus ou moins saillantes suivant leur développement. Au début le liquide contenu dans cette pellicule épidermique est clair. Mais il se trouble généralement, devient laiteux, parfois avec une teinte verdâtre. La composition chimique a été donnée par Braun, qui a

trouvé sur 100 parties de sérosité 93,013 d'eau, 5,417 d'albumine et 1,070 de chlorhydrate de soude. On voit que cette composition se rapproche singulièrement de celle de la sérosité de vésications provoquées.

Les phlyctènes peuvent présenter quelques différences d'aspect ; ainsi l'auréole érythémateuse est parfois très-prononcée, elles en sont parfaitement entourées ; d'autres fois, au contraire, la bande rouge circulaire fait défaut, la vésicule s'est en quelque sorte trop développée en largeur, elle a dépassé les limites extrêmes de la plaque érythémateuse. Ces bulles sont plus ou moins tendues, plus ou moins lisses, suivant leur période d'accroissement ou de déclin ; selon qu'elles sont remplies ou demi-pleines on conçoit leur affaissement et les rides qui doivent se produire. Elles se rompent ou se dessèchent par une sorte de résorption du liquide dont une partie est coagulée et s'organise, tandis que le reste est soit résorbé, soit évaporé à travers la membrane épidermique.

Dans le cas où la rupture s'est faite spontanément ou par quelque accident, le liquide s'échappe en laissant à sa place une surface plus ou moins large dénudée, et alors il peut se passer deux choses. L'épiderme après la rupture aura dû protéger le derme dénudé du contact de l'air et des corps extérieurs. Une nouvelle sécrétion épidermique sera produite sous cette protection et la guérison arrivera aussi rapidement. Mais il peut arriver aussi que malgré la rupture de l'ampoule la sécrétion qui constitue la bulle venant à con-

tinuer, la sérosité albumineuse se concrétera en se mêlant aux débris de l'épiderme rompu pour former une croûte plus ou moins volumineuse, plus ou moins persistante, et quand celle-ci tombe naturellement, il existe au-dessous une tache rouge foncé qui dure plusieurs semaines.

Cette éruption considérée en général est très-variable quant à son intensité. Elle peut être constituée par l'existence d'une seule bulle ; on cite des exemples au contraire où toute la surface du corps en avait été couverte.

Sa durée est également fort variable suivant que l'éruption bulleuse se fait successivement ou suivant que toutes les bulles font leur apparition simultanée. Mais en général, quelle que soit la durée totale de l'éruption, la durée de chaque bulle prise isolément est au contraire assez régulière, de 7 ou 8 jours environ. Si l'on veut apprécier la durée de l'éruption entière du pemphigus en général, il faut prendre une moyenne assez vague et donner, d'après le plus grand nombre des auteurs, une période de 1 à 4 septénaires.

L'affection pouvant apparaître sur tous les points du corps, à ce sujet il y a une remarque à faire. Ainsi les auteurs qui ont insisté sur la nature syphilitique du pemphigus chez l'enfant naissant, ont signalé la fréquence de son siége à la paume des mains et aux faces plantaires, tandis qu'au contraire pour le pemphigus simple non cachectique les mains et les pieds sont un siége qu'il est assez rare de constater comme lieu de développement des bulles ; dans la variété bé-

nigne on en a vu survenir au pourtour des muqueuses, et même sur la face interne des joues, la langue et les fosses nasales.

Les symptômes locaux sont à peu près nuls ; néanmoins une douleur vive paraît s'éveiller à l'occasion de la rupture des bulles lorsque le derme est mis à nu et exposé à des froissements douloureux. Mais en dehors de cette condition les jeunes malades ne paraissent guère incommodés que vers la dessiccation par des démangeaisons parfois assez persistantes.

L'étiologie du pemphigus simple est fort obscure; aussi, comme à l'occasion de tant d'autres maladies qui sont dans le même cas, trouve-t-on un nombre considérable de causes énumérées. Contentons-nous de signaler un fait que l'observation confirme sans vouloir le rattacher à l'idée de cause directe. C'est que les cas de pemphigus aigu paraissent exister surtout dans le cours des chaleurs de l'été, tandis que sous l'influence de la température froide la forme cachectique se constate plus fréquemment. Le professeur Trousseau a rapporté un cas curieux de pemphigue paraissant n'être qu'une déviation pathologique de la varicelle. Cet habile professeur admettait cette transformation sous l'influence d'un génie épidémique du moment. « La transformation de la varicelle en pemphigus n'est point une chose rare, et constitue toujours un accident grave. Dans l'épidémie de varicelle qui régna à l'hôpital Necker en 1845, on vit, entre autres faits remarquables, un enfant chez lequel cette transformation eut lieu, et sur le corps du-

quel on observa une bulle de pemphigus qui couvrit près de la moitié du tronc, s'étendant depuis le creux sus-sternal jusqu'à l'ombilic; cette bulle en se crevant, donna lieu à une plaie véritablement effrayante. Quant aux causes, il fut absolument impossible d'en assigner aucune. »

Nous trouvons dans l'excellente thèse du docteur Fèvre sur le pemphigus, à qui nous empruntons ces détails, des mentions d'épidémies malignes de cette affection. Hufeland, Whiteley, Ozanam, ont relaté plusieurs invasions épidémiques. La contagion a été également invoquée, probablement à cause de ces épidémies; mais des inoculations pratiquées par plusieurs praticiens, tels que Hall, Rayer, Husson, etc., ont montré la non-contagion du pemphigus. Gilibert, à cause des symptômes généraux qui l'accompagnent dans la généralité des cas, a cru devoir rattacher directement à cette maladie un trouble des fonctions des voies digestives, à ce point que pour cet auteur l'inflammation gastro-intestinale faisait en quelque sorte partie intégrante de l'affection cutanée.

Parmi les lésions de la peau pouvant ressembler plus ou moins au pemphigus nous ne parlerons que du zona. Pourtant dans cette dernière affection les vésicules beaucoup plus petites se trouvent toujours réunies en groupes sur une surface érythémateuse, tandis qu'au contraire les bulles pemphigoïdes sont rarement agglomérées, et si quelques-unes d'elles peuvent offrir des doutes, il en existe toujours avec des caractères tranchés et distinctifs. Parfois les bulles

qui compliquent l'érysipèle (bulleux) peuvent ressembler parfaitement aux bulles du pemphigus, mais alors elles reposent sur l'érysipèle lui-même, et l'erreur n'est plus possible.

Le pronostic, contrairement à celui de la forme dite cachectique, est presque constamment favorable.

SECTION III. — HERPÈS.

On doit comprendre sous ce nom un genre de lésions cutanées, caractérisées par des vésicules en groupes reposant sur une base érythémateuse, séparées les unes des autres, dont l'apparition et la dessiccation se font dans l'espace d'une à deux semaines. On a rangé sous cette dénomination des espèces de maladies qui appartiennent évidemment à la classe des affections parasitiques (voir maladies parasitiques), et autrefois on faisait de ce nom d'herpès un mot synonyme de *dartres*. Aujourd'hui mieux connu d'après Willan, Bateman et les dermatologistes modernes, il a une signification nettement définie. Aussi ne décrivons-nous que deux formes principales d'herpès : 1° l'herpès phlycténoïde avec ses variétés de siége ; 2° l'herpès zoster ou zona.

1° Herpès phlycténoïde.

L'herpès phlycténoïde est une affection toujours aiguë caractérisée par des vésicules en groupes, transparentes et globuleuses. Leur volume a été comparé

tantôt à des grains de millet tantôt à des pois. Elles se montrent généralement en nombre plus ou moins considérable reposant sur une surface rouge enflammée, habituellement de forme ronde. Ces groupes vésiculeux peuvent être épars çà et là sur la surface du corps. Cependant on les observe le plus souvent sur les parties supérieures, telles que le front, le cou. M. Cazenave a remarqué que sur les membres ils siégeaient de préférence au voisinage des articulations.

L'herpès s'accompagne presque toujours de symptômes généraux plus ou moins marqués; ils consistent généralement dans des malaises accompagnés d'un mouvement fébrile peu persistant. Il est souvent précédé d'une névralgie de la peau dans un point plus ou moins rapproché du lieu de l'éruption. M. le docteur Tardieu a insisté avec justesse sur cette particularité peu connue (1). Les signes locaux se bornent à des fourmillements, de la chaleur et des démangeaisons qui précèdent la formation de petits points rouges groupés de manière à former une surface qui varie depuis celle d'une pièce d'un franc jusqu'à celle de la largeur de la main. Une heure après, les vésicules sont formées avec leur aspect tendu, globuleux, caractéristique; dans les premières heures, le liquide qu'elles contiennent est limpide, mais bientôt il se trouble, devient opaque, purulent, et enfin d'une couleur sanguinolente. Après une durée d'environ quatre ou sept jours, les vésicules s'affaissent et se

(1) *Manuel de pathologie et de clinique médicales.*

rompent, des croûtes se forment, et tombent vers le dixième ou douzième jour, laissant après elles une coloration rouge livide, plus ou moins durable.

L'herpès phlycténoïde ne pourrait être confondu qu'avec le pemphigus et l'eczéma. C'est même l'épithète de phlycténoïde qui tend encore à rapprocher cette affection du pemphigus, avec lequel il existe des dissemblances considérables, bien qu'Alibert les ait appelés du même nom. M. Rayer (1) fait observer avec raison que l'ancienne dénomination de herpès *miliaris* rappelant le volume des vésicules, eût été certainement préférable. Quoi qu'il en soit, lorsque les bulles du pemphigus sont très-petites, et qu'on les compare à de grosses vésicules d'herpès, il peut exister quelques apparences semblables. Mais rarement les bulles du pemphigus se présentent par groupes. Il n'y aurait de sérieuses difficultés, que si ces deux lésions cutanées venaient à exister simultanément chez le même malade.

L'eczéma ne peut offrir de doutes sérieux avec l'herpès, à cause de la petitesse de ses vésicules.

On décrit en Angleterre une maladie sous le nom de *Nirles*, qui paraît être l'herpès phlycténoïde, compliqué de vésicules non fluentes, couvrant des taches érythémateuses. La durée de l'herpès est généralement assez variable; elle dépasse rarement deux ou trois septénaires. Sa prolongation dépend souvent d'apparitions successives de nouveaux groupes vésicu-

(1) *Traité des maladies de la peau*, 2e édition. Paris, 1835.

leux. On l'a vu dans ces derniers cas se perpétuer ainsi des mois entiers.

Le pronostic de cette affection est favorable; elle ne se rencontre guère, chez les enfants, que vers la fin de la seconde enfance, et dans le cours de la troisième. Elle est, en effet, un fait exceptionnel chez le nouveau-né, et même cette maladie est assez rare en général dans l'enfance; on la voit plus fréquemment chez l'adulte et le vieillard. Ses causes sont inconnues, son développement se trouve parfois lié à des maladies aiguës, dans le cours desquelles il apparaît. Mais cette coïncidence est loin d'être aussi fréquente que pour la variété suivante :

L'*herpès labialis* a des particularités de siége et d'apparition qui méritent une mention toute spéciale. Il apparaît sous forme de vésicules, formant sur la surface des lèvres un groupe irrégulier qui peut s'étendre sur le menton, les joues et les ailes du nez. Ces vésicules, de même que dans la variété précédente, sont précédées d'une sensation locale de chaleur vive, la peau rougit, se tuméfie, et devient douloureuse au toucher, plusieurs heures avant leur développement, qui se fait d'une façon très-rapide.

Le liquide des vésicules est d'abord transparent, puis trouble et purulent, et quatre ou cinq jours après le début de l'éruption, les vésicules se rompent ou se sèchent, et se transforment en croûtes noirâtres; celles-ci tombent habituellement du septième au douzième jour. On a remarqué que si on vient à enlever les croûtes avant leur dessiccation, il s'en forme de

nouvelles dont la chute spontanée se fait attendre plus longtemps. Quelquefois les vésicules d'herpès déterminent un gonflement des lèvres très-considérable. Mais dans la généralité des cas, la tuméfaction, quoique marquée, provoque à peine une gêne momentanée. L'herpès des lèvres a été donné comme un signe favorable dans les fièvres; on l'a présenté comme l'indice d'une prompte terminaison. Toujours est-il que cette éruption est sans aucune gravité, qu'elle se produit presque constamment dans certaines phlegmasies, suivant les constitutions médicales. Une des affections de l'enfance où elle manque rarement, c'est, comme le fait remarquer le professeur Trousseau, dans la pneumonie *franche*, celle qui parcourt ses périodes si vivement, avec une si constante bénignité. Au contraire, l'herpès dans la forme dite catarrhale se rencontre rarement. Il accompagne fréquemment les accès de fièvre intermittente ou non; on a dit qu'il apparaissait également dans le cours du coryza, des stomatites. Mais il faut sur ce point distinguer si ce ne sont pas plutôt les vésicules herpétiques qui provoquent les prétendues affections qu'on les suppose devoir accompagner. Ainsi le docteur Gubler a montré dernièrement les vésicules de l'herpès, faisant leur apparition au pharynx pour produire ce qu'il appelle l'*angine herpétiforme*. Déjà cet auteur, avec un talent bien connu, avait dans un travail précédent insisté sur la loi d'analogie qui gouverne les affections des téguments internes et externes.

L'*herpes præputialis* est formé par un ou plusieurs

groupes de vésicules globuleuses qui apparaissent sur l'une des faces du prépuce. Quelquefois les deux faces sont envahies en même temps par les vésicules.

Le début est ici le même que dans la variété précédente, c'est-à-dire taches rouges prurigineuses quelquefois précédé de dermalgie du scrotum ; vers le deuxième jour, apparition de vésicules remplies d'un liquide transparent, lequel se trouble et devient purulent. Lorsque les vésicules occupent la face interne du prépuce, elles sont rompues promptement; l'épithélium n'offrant pas assez de résistance, il en résulte des ulcérations superficielles qu'il importe de savoir distinguer chez l'adulte des chancres syphilitiques. On comprend sans peine combien dans l'enfance les doutes de ce genre sont exceptionnels.

Cette affection, qui est commune chez les jeunes garçons à peau fine et délicate, n'offre aucune espèce de gravité; elle disparaît plus rapidement quand elle est abandonnée à elle-même, que lorsqu'on intervient en faisant tomber les croûtes.

Herpes vulvaris. — Il apparaît chez les petites filles des vésicules herpétiques sur les grandes et les petites lèvres, en tout semblables à celles du prépuce chez les garçons. Les caractères sont exactement les mêmes. Seulement parfois il est arrivé que les vésicules apparaissant sur les faces muqueuses des parties génitales, des exulcérations se trouvaient ainsi très-rapidement formées. Et comme nous en avons été témoin, une erreur de diagnostic facile à faire dans les premiers jours, permet de croire à un commencement

de gangrène vulvaire. Il est très-vrai qu'il peut exister dans les premiers temps une grande ressemblance d'aspect entre les vésicules ulcérées de l'herpès et le début de la gangrène phagédénique. Mais l'état général dans lequel cette dernière apparaît, fournit de suite des caractères distinctifs, avant même que les ulcérations aient revêtu leur aspect phagédénique, asthénique ou gangréneux.

Les vésicules herpétiques de la vulve, chez les jeunes filles, sont prises parfois pour des ulcérations syphilitiques. On comprend sans peine quelle importance ces cas peuvent avoir dans les questions médico-légales à l'occasion d'attentats aux mœurs. MM. Huguier (1) et Legendre (2), dans des travaux où brillent toute la sagacité et le talent d'observation de ces excellents praticiens, ont tracé avec une grande netteté les caractères distinctifs des ulcérations de la vulve produites par l'herpès, et l'inflammation des follicules de la vulve, et de celles qui sont de nature syphilitique. Les unes et les autres peuvent se ressembler par leur forme arrondie, leur fond grisâtre et leurs bords découpés. Mais la multiplicité et la disposition en groupes réguliers des ulcérations herpétiques et folliculeuses suffisent à les caractériser. Elles sont d'ailleurs, aussi bien que les ulcères syphilitiques, très-différentes des érosions que détermine le plus

(1) *Mémoire sur les appareils sécréteurs externes de la femme* (*Mémoires de l'Académie de médecine*), Paris, 1850, t. XV.

(2) *Archives générales de médecine*, Paris, 1853.

ordinairement l'inflammation de la vulve causée par l'irritation locale et les violences directes de l'attentat à la pudeur. Ces faits ont été particulièrement étudiés par le docteur Tardieu dans son remarquable travail intitulé : *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs* (1).

Toutes ces vésicules herpétiques qui apparaissent ainsi plus ou moins liées à des troubles généraux, ou même à des phlegmasies ou à des pyrexies rhumatismales, etc., ne se montrent qu'à un certain âge de l'enfance. Inconnues chez le nouveau-né, elles sont fréquentes dans le cours de la seconde et de la troisième enfance. Les enfants à peau fine et délicate paraissent plus fréquemment atteints que les autres, mais les constitutions médicales influencent singulièrement les apparitions de l'herpès, surtout celui des lèvres, puisqu'il est des époques où presque à coup sûr il est permis de croire à l'existence d'une pneumonie franche, chez un enfant atteint d'une fièvre vive, et présentant l'*herpes labialis*.

2o Zona.

Le zona est une affection vésiculeuse dont les principaux caractères sont d'apparaître avec une disposition en cercle toute particulière, et d'être plus spécialement encore que les autres formes d'herpès sous la dépendance d'une affection névralgique. Cette

(1) *Annales d'hygiène et de médecine légale*, Paris, 1858, t. VIII, IX.

affection singulière peut se développer sur toutes les parties du corps, mais généralement elle occupe le tronc. Elle est constituée par des groupes de vésicules assez éloignées les unes des autres, mais de manière néanmoins à décrire une sorte de bande demi-circulaire autour du tronc. Le zona est le plus souvent précédé ou accompagné de symptômes généraux, qui parfois sont assez intenses, tels que frisson, fièvre, mais le plus souvent ils sont bornés à des malaises, des nausées. Enfin, il arrive qu'aucun phénomène initial n'annonce l'éruption, qui devient alors toute locale. Celle-ci commence par des taches rouges aux extrémités de la zone, puis de nouvelles taches apparaissent dans l'espace intermédiaire pour compléter cette demi-ceinture. Les taches deviennent successivement couvertes de vésicules blanches, transparentes, qui ont été comparées à de petites perles. Leur maximum de développement, qui égale un pois, se fait habituellement en quatre ou cinq jours. Peu de temps après le liquide incolore devient trouble et purulent. Les vésicules rompues de bonne heure laissent le derme à nu, et celui-ci suppure. Celles au contraire qui ont résisté aux froissements, ou qui ne se sont pas rompues spontanément, se dessèchent et se transforment en croûtes jaunâtres. Ces dernières à leur tour se détachent de la surface cutanée, laissant de petites taches rouges à leur place. La marche de ces vésicules n'est pas simultanée; leurs périodes d'apparition, de dessiccation semblent se succéder. Tandis qu'un nouveau groupe se montre, les précédents sont parfois

en voie de guérison. M. le docteur Jules Parrot a publié, étant interne, une excellente monographie sur le zona, où cet auteur a montré mieux que ses devanciers le rôle capital que jouait la douleur dans le zona. Tirant parti de certaines observations empruntées aux auteurs et des siennes propres, il a fait voir que la vive douleur qui accompagne le plus souvent cette éruption était en effet une névralgie, comme on l'a pressenti avant lui; mais allant plus loin, il a donné des preuves tirées de l'anatomie elle-même. Ainsi il dit (1) : « MM. Bassereau et Valleix, qui ont étudié avec tant de soin les affections douloureuses des nerfs, affirment la nature *névralgique* de la douleur du zona pour quelques cas, posant un point d'interrogation devant les autres. Avant tout, je dois établir un fait qui ressort trop clairement de tout ce qui précède pour qu'il soit sujet à contestation, c'est le rôle capital de la douleur, qui domine toute la scène pathologique du zoster. Antérieure à l'éruption, elle marque sa période d'état, et persiste souvent alors que les vésicules se sont éteintes depuis longtemps. Dans bien des cas, elle absorbe toute l'attention des malades, qui, peu soucieux de la zone éruptive, réclament à grands cris le secours de l'art contre les élancements intolérables qui les tourmentent jour et nuit.

Mais voyons quelles relations existent entre la douleur et l'éruption proprement dites; c'est là un point bien important, et qui mettra en lumière plusieurs faits obscurs. L'éruption, comme la douleur, se développe

(1) *Considérations sur la zone*, p. 15. Paris, 1867.

sur le trajet d'une branche nerveuse, le plus souvent superficielle, et qui est du nombre de celles où les névralgies se montrent ordinairement. Parmi les nerfs qui sont le plus souvent en cause, je citerai : les intercostaux, les branches lombaires antérieures, le trifacial, le sciatique, le crural, les rameaux du plexus cervical superficiel. Les ouvrages sont pleins de cas de zonas développés suivant la direction de ces cordons nerveux, et j'en ai rapporté quelques-uns dans ce travail, etc., etc. »

Les causes du zona sont, au dire de la plupart des auteurs, fort obscures. M. Jules Parrot rattache la production de cette lésion cutanée à l'action du froid et à celle de la dyspepsie. Toujours est-il que le zona est une affection beaucoup plus fréquente chez les adultes que chez les enfants. Or, on sait que ces derniers sont rarement dyspeptiques, et que leur âge contribue dans une certaine mesure à ne pas trop les exposer aux intempéries. Le diagnostic de cette affection est toujours facile, l'herpès phlycténoïde lui offre des ressemblances, mais il envahit simultanément plusieurs régions du corps à la fois, et presque jamais il ne montre cette régularité caractéristique, c'est-à-dire cette disposition en demi-zone. L'érysipèle peut également avoir quelque ressemblance par les phénomènes généraux qui signalent son apparition, mais l'état local ne permet pas longtemps le doute.

Le pronostic du zona n'est jamais sérieux, même chez les jeunes sujets, chez lesquels il se montre rarement. Il n'apparaît jamais dans le cours de la première enfance, ce n'est que sur la fin de la seconde,

et pendant la troisième, où il a été constaté avec les caractères analogues à ceux qui existent chez l'adulte.

SECTION IV. — ÉRYTHÈME.

Sous l'expression d'érythème, on entend en dermatologie des maladies bien distinctes, et on pourrait ajouter bien dissemblables.

Ainsi les principaux auteurs définissent l'érythème : un exanthème non contagieux avec ou sans fièvre, caractérisé par une ou plusieurs taches rouges, de quelques lignes à plusieurs pouces de diamètre, disséminées sur une ou plusieurs régions du corps, et dont la durée la plus ordinaire, à l'état aigu, est d'un à deux septénaires.

L'érythème comprend sept variétés principales, établies d'après les caractères extérieurs de l'éruption.

Nous croyons que pour l'érythème, comme pour tant d'autres maladies de la peau, la lésion seule ne doit pas ainsi dominer toute la division, ce qui a souvent pour résultat de rapprocher les phénomènes les plus disparates.

Aussi distinguons-nous, dans l'affection qui nous occupe, deux classes très-distinctes, l'une comprenant les éruptions exanthémateuses fébriles, dont les symptômes généraux sont en quelque sorte toute la maladie; et l'autre, formée par cette coloration rouge érythémateuse du tégument externe, laquelle succède aux causes physiques locales les plus diverses et les plus nombreusess.

A. La première division comprend toutes les varié-

tés d'érythèmes fébriles, telles que l'*erythema papulatum*, l'*erythema tuberculatum*, l'*erythema nodosum*, l'*erythema marginatum*, et l'*erythema fugax*. Toutes ces variétés ont pour caractère commun d'apparaître avec des symptômes généraux assez prononcés parfois pour les faire comparer aux fièvres éruptives proprement dites. Ces symptômes consistent le plus souvent dans du malaise, de l'abattement, de l'anorexie, des douleurs dans les membres et un mouvement fébrile plus ou moins intense. Lorsque chez les jeunes sujets les symptômes généraux sont très-violents et très-aigus, ceux-ci cessent ou diminuent notablement quand l'éruption érythémateuse est apparue. Toutes ces diverses variétés d'érythèmes ont une grande analogie d'aspect. Elles se manifestent surtout sur les membres supérieurs et inférieurs, sous forme tantôt de petites taches rouges, papuleuses, irrégulièrement arrondies, ne dépassant guère en largeur celle d'un centime (*papulatum*). Tantôt à ces papules viennent se surajouter, au milieu d'elles, de petites tumeurs proéminentes, qui disparaissent après un septénaire et demi (*tuberculatum*). Tantôt ces tumeurs ou nodosités se montrent seules sous forme de taches rouges, ovales, saillantes à leur centre, douloureuses au toucher; offrant en général cette particularité de présenter une forme ovalaire, dont le grand diamètre est parallèle au tronc (*nodosum*). Quelquefois ces taches offrent une disposition circulaire d'environ un demi-pouce de diamètre, avec la circonférence saillante, papuleuse (*marginatum*). Parfois encore l'éry-

ième forme des anneaux complets, dont le centre st sain (*circinnatum*). Il existe une saillie rouge, omme s'il se produisait un léger épaississement des léments du derme. J'en ai fréquemment un exemple ous les yeux, chez une jeune femme, laquelle présente très-souvent un anneau unique parfaitement dessiné à chaque éminence hypothénar. Enfin cette affection peut être constituée par des taches rouges largement diffuses, sans gonflement appréciable de la peau, qui, sur ses surfaces, est sèche et brûlante.

Toutes ces manières d'être de l'érythème présentent des nuances respectives qui peuvent devenir considérables. Elles ont presque toutes ce caractère assez important de disparaître sous la pression du doigt, pour apparaître aussitôt que cette pression cesse. Elles offrent toutes des colorations très-différentes suivant les moments de leur période. En général, plus ou moins rouges au début, elles prennent une teinte bleuâtre ecchymotique, vers leur déclin, et disparaissent le plus souvent après une douzaine de jours.

Presque toutes ces variétés érythémateuses coïncident parfois avec une maladie inflammatoire rhumatismale. C'est ainsi qu'il est assez fréquent de les rencontrer dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, plus ou moins généralisé. C'est pourquoi des auteurs anciens ont appelé certaines variétés de l'érythème, le rhumatisme cutané. Il est très-vrai que, dans ces sortes d'exanthèmes, le sang est habituellement couenneux, et qu'ils apparaissent fréquemment chez des sujets jeunes et vigoureux,

ayant offert déjà des *manifestations rhumatismales*.

B. — La seconde classe d'érythème contient des variétés le plus souvent apyrétiques, qui sont pour la plupart sous la dépendance de causes physiques. Ainsi le contact trop longtemps prolongé de linge malpropre, la pression continue sur un point quelconque du corps, les frottements trop rudes, etc. Le contact de la peau elle-même dans les plis du cou, des poignets, des cuisses sont le siége de l'espèce d'érythème appelé *intertrigo*. D'autres fois des causes d'un autre ordre provoquent l'apparition d'érythèmes plus ou moins généralisés. Ainsi, par exemple, l'ingestion de certaines substances médicamenteuses telles que l'opium, la belladone, etc. Enfin l'érythème, en tant que coloration rouge de la peau, est un phénomène qui se trouve lié à la plupart des affections cutanées, soit qu'il se développe au pourtour de pustules ou des vésicules.

Nous avons vu qu'il jouait un rôle important comme étant le point de départ des gangrènes phagédéniques.

La considération des âges est très-importante, eu égard à toutes ces variétés d'érythème. Ce n'est, en effet, que dans la deuxième et la troisième enfance, lorsque déjà la puberté approche, qu'on a l'occasion de constater la première classe. Tandis qu'au contraire l'érythème qui résulte des causes physiques est très-fréquent chez les nouveau-nés.

SECTION V. — ROSÉOLE.

L'existence de la roséole n'est pas universellement

admise ; ses principaux caractères paraissent aux yeux d'autorités scientifiques notables empruntés à plusieurs affections. Il paraît du moins bien probable qu'on a décrit quelquefois de prétendues roséoles, qui n'étaient que des érythèmes ou des rougeoles sans catarrhe concomitant. Il y a au contraire des pathologistes qui acceptent la roséole à titre d'une espèce de fièvre éruptive distincte, ayant sa place entre la rougeole et la scarlatine.

Bien loin de reconnaître à la roséole une place à côté de la rougeole et de la scarlatine, nous serions disposé à la placer près de l'érythème (si tant est qu'elle mérite une description séparée) et à côté de l'urticaire. C'est qu'en effet la roséole, comme la plupart des affections cutanées, que nous appelons inflammatoires, n'a rien de contagieux et de spécifique, caractères essentiels de la scarlatine et de la rougeole. Ces deux dernières maladies, ajoutées à la variole, varioloïde, varicelle, forment un groupe nosologique très-homogène, dont évidemment la roséole s'éloigne autant que possible. La seule lésion cutanée prend une ressemblance plus ou moins parfaite avec celle de la rougeole. Mais quelle énorme séparation on doit établir entre deux espèces morbides dont les grands caractères et les conséquences sont si différents. Tout concourt à rapprocher la roséole des affections inflammatoires érythémateuses. Comme celles-ci, elle peut atteindre plusieurs fois le même individu, au rebours de la variole, la scarlatine et la rougeole, qui, une fois développées dans l'économie, ont par

cela même détruit toute aptitude ultérieure à les concevoir de nouveau.

MM. Cazenave et Schedel définissent ainsi cette maladie : « La roséole est un exanthème non contagieux, fugitif, caractérisé par des taches roses, diversement figurées, dont l'apparition est, en général, précédée et accompagnée de symptômes fébrilés. » On a créé des espèces nombreuses de roséole, qui évidemment ne méritent pas de description particulière, parce qu'elles étaient liées à des états pathologiques divers. Ainsi l'on a décrit la roséole *variolique*, c'est-à-dire que dans la variole inoculée, on avait autrefois remarqué qu'une fois sur quinze environ, il apparaissait dans les prodromes une roséole. De même, on a décrit la roséole de la *vaccine* (Pearson) ; ainsi des roséole *miliaire*, roséole du *rhumatisme*, etc. Toutes ces variétés paraissent le plus souvent devoir être rapportées aux différentes formes d'érythème.

Peut-être faut-il rapprocher des variétés précédentes, ce que M. le docteur Sée vient de signaler à l'attention des praticiens (1)? Sur un certain nombre d'enfants opérés de la trachéotomie, cet habile observateur a constaté une éruption qui présentait les caractères suivants : « Sur une première série de malades, il est survenu le lendemain ou le surlendemain de l'opération des taches rouges régnant sur toute la surface du corps excepté à la face, non accompagnées de vésicules miliaires, et non suivies de desquamation. Parmi ces malades les uns sont morts avant, les autres

(1) Société médicale des hôpitaux. Séance du 9 juin 1858.

après la cessation de l'éruption. Cette éruption dure environ deux jours : je l'appellerai érythémateuse ou scarlatiniforme. Sur une seconde série de malades également trachéotomisés, l'éruption était tout à fait analogue à la scarlatine ; même pointillé, même desquamation, et, dans certains cas, albuminurie et hydropisie générale. Je qualifierai cette éruption de scarlatineuse.

En considérant que ces éruptions n'ont aucune influence sur la marche du croup et qu'elles diffèrent de la scarlatine, quant à la durée de la fièvre et de l'éruption, je suis arrivé à conclure qu'il fallait les classer à part de la scarlatine. Ce qui m'a confirmé encore dans cette opinion, c'est la mention faite par Huxham d'éruptions fugaces qui surviennent dans l'angine couenneuse, etc.»

Les explications du docteur G. Sèe ont été accueillies dans le sein de la Société avec une certaine opposition; mais l'intérêt de cette communication et l'autorité scientifique de cet observateur rendent ses assertions dignes à plusieurs titres d'être étudiées soigneusement.

Néanmoins il existe, surtout chez les jeunes sujets, dans le cours de la seconde enfance principalement, une sorte de roséole qui semble devoir seule garder ce nom, et dont les caractères sont : des taches semblables à celles de la rougeole, avec des intervalles de peau saine, et pouvant disparaître très-rapidement après une existence de plusieurs heures. Cette affection peut se montrer sur une assez petite partie du corps, parfois au contraire elle se généralise sur toute la surface cutanée. Après sa disparition, elle fait quelquefois plusieurs apparitions successives. Cette variété, qui

ressemble à la rougeole, et à laquelle il semble qu'on doit réserver le nom de roséole, s'accompagne de symptômes généraux propres aux fièvres éruptives; elle n'a point, comme celles-ci, des terminaisons funestes, et elle offre constamment un pronostic favorable.

Cette éruption comme tant d'autres, atteint les muqueuses. On a vu, dans le cours de la roséole, la cavité buccale, les conjonctives participer aux phénomènes d'injection du reste de la surface de la peau.

Les causes de cette affection sont inconnues, il est des enfants qui, dans le cours de leur jeunesse, la subissent plusieurs fois avec les mêmes caractères, les mêmes troubles généraux. Enfin parfois elle revêt un caractère épidémique, mais jamais elle n'a paru offrir la contagion des fièvres éruptives spécifiques.

SECTION VI. — URTICAIRE.

L'urticaire est une affection cutanée de peu de durée, qui se caractérise par des taches proéminentes, plus pâles ou plus rouges que la peau qui les entoure. Elle est aux autres exanthèmes, d'après J.-P. Frank, ce que la fièvre éphémère prolongée est aux fièvres continues. L'urticaire est très-variable dans ses allures; elle est parfois précédée ou accompagnée de symptômes généraux très-intenses, d'autres fois parfaitement apyrétique. Ses deux principaux caractères sont les ressemblances de l'éruption avec celle qui résulte de la piqûre de l'ortie, et l'existence d'un prurit incommode, assez souvent même presque intolérable. On a décrit six espèces d'urticaires, que nous rattacherons, à l'exemple

de M. Rayer, à deux groupes principaux, suivant que la marche est aiguë ou chronique (1). Dans le premier cas, l'éruption peut durer un septénaire ou deux, tandis que dans la forme chronique elle se prolonge des mois, et parfois même des années; cette chronicité n'est produite que par une succession dans les apparitions de l'urticaire.

Dans la variété aiguë, des symptômes généraux quelquefois fort graves précèdent l'éruption pendant 24 ou 48 heures; ils consistent en nausées, anxiétés, céphalalgies et fièvre vive. Puis l'éruption apparaît sous forme de plaques plus ou moins nombreuses, dont la couleur varie, tantôt plus blanche, tantôt au contraire plus rouge que le reste de la peau. Ces plaques sont saillantes, entourées d'une aréole rouge, elles sont très-irrégulières dans leurs formes, souvent rapprochées les unes des autres; elles forment parfois des groupes serrés. D'autres fois elles sont disséminées çà et là. Elles se montrent de préférence aux épaules, sur la face externe des membres, autour des articulations. La même variabilité existe pour la durée de ces plaques. Autant elles sont variables dans leurs dimensions et leurs formes, autant elles le sont pour leur durée. Ainsi, quelques-unes disparaissent une ou deux minutes après s'être montrées, tandis que d'autres persisteront sans changer de caractères pendant des heures entières. L'action de gratter la peau fait habituellement surgir sur le lieu même un certain nombre de ces plaques. Celles-ci, au bout d'un temps

(1) *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1835.

qui n'est pas beaucoup moindre qu'un ou deux septénaires, ne se reproduisent plus, et la guérison se confirme. C'est ainsi que se comporte l'espèce d'urticaire provoquée par l'ingestion de certains aliments. On sait en effet que, suivant une prédisposition particulière, individuelle, inexplicable, diverses substances alimentaires ont pour résultat habituel de déterminer une éruption d'urticaire. On a cité surtout parmi ces aliments les crevettes, les moules, les crabes, les homards, les œufs de quelques poissons, le miel, les amandes amères, les framboises, les fraises, certains médicaments, comme la valériane, etc. Mais si l'éruption *ortiée*, aiguë, ressemble à celle provoquée par l'ingestion d'aliments particuliers, il est vrai d'ajouter que fréquemment, dans ces derniers cas, il existe concurremment une indigestion.

Dans les formes chroniques de l'urticaire, les symptômes généraux font presque défaut. Les plaques ortiées apparaissent à des heures irrégulières, surtout vers le soir, sous l'influence de la chaleur du lit, et alors il survient des démangeaisons vives, accompagnées d'insomnie. On croit généralement que cette forme chronique est liée à un mauvais état des voies digestives.

Les causes de ces deux formes aiguës et chroniques de l'urticaire sont, chez les personnes prédisposées à cette éruption, les chaleurs de l'été ; et cependant, il arrive également que l'impression du froid provoque assez souvent une poussée plus ou moins abondante de plaques ortiées. Chez quelques malades la peau est tellement impressionnable, qu'il suffit

du plus léger frottement, d'un changement brusque dans l'atmosphère, pour faire naître l'éruption.

Le diagnostic de cette affection n'offre jamais de difficultés; ses caractères propres sont suffisants pour le distinguer des diverses espèces d'érythème et de lichen, avec lesquels certains auteurs ont cru devoir établir un parallèle.

Le pronostic de l'urticaire est favorable, malgré la longue durée que peut présenter quelquefois la forme chronique. Cette affection est commune dans le jeune âge, chez les enfants à peau fine et délicate ; la forme aiguë est de beaucoup la plus commune. Ce n'est que dans la deuxième et la troisième enfance en général que se constate l'urticaire. Parfois chez les jeunes sujets, cette éruption s'annonce avec des symptômes généraux tellement intenses, qu'on est en droit de croire à l'apparition d'une des fièvres éruptives, contagieuses, spécifiques, telles que rougeole, scarlatine, etc.

SECTION VII. — ÉRYSIPÈLE.

L'érysipèle est une maladie non contagieuse, inflammatoire, extensive, caractérisée par une coloration rouge de la peau, avec gonflement, pouvant se terminer par résolution, par la suppuration, et rarement par la gangrène. On sait quelles sont la fréquence et les nombreuses formes de l'érysipèle. Celui des nouveau-nés se rattache presque seul à notre sujet. En effet, dans les premiers jours de l'existence, un des accidents les plus redoutables, est sans contredit l'éry-

sipèle. M. le professeur Trousseau a montré (1) la gravité et les principaux caractères de cette cruelle affection, dont il rattache la production à la plaie de l'ombilic inhérente à la chute du cordon; nous ne saurions mieux faire que de citer ses paroles : « La maladie débute ordinairement de la manière la plus simple et la plus bénigne, sans fièvre préalable, sans troubles généraux. Ce n'est d'abord qu'une inflammation locale et très-circonscrite de la peau, sans retentissement sur le reste de l'économie... Cependant l'érysipèle, après avoir séjourné un jour ou deux dans le point primitivement envahi, prend tout à coup une marche plus rapide, et désormais va parcourir toute la surface du corps, gagnant de proche en proche, à la manière d'une nappe d'eau qui s'étend. Ainsi, parti du pubis, il gagne le ventre, les lombes, les fesses, en même temps que les cuisses et les jambes. Du ventre, il remonte à la poitrine, envahit les épaules, et de là descend d'un côté, sous les bras, de l'autre pour remonter à la face et à la tête. Or, à mesure qu'il se généralise, il semble perdre quelque chose de son intensité inflammatoire, de sorte que si au début la peau était tendue, gonflée et d'un rouge cerise, plus tard elle est à peine tuméfiée, si ce n'est aux mains, aux pieds et aux paupières, mais presque invariablement la rougeur est notablement moindre.

Il arrive quelquefois que l'érysipèle, parti du pubis, descend seulement vers les extrémités inférieures, où il semble devoir épuiser son action; déjà l'on croit être à la fin de la maladie, quand tout à coup le tronc

(1) *Journal de médecine.* — 1844.

est envahi à son tour, et l'inflammation gagne les parties supérieures. Mais à mesure que le mal s'étend d'un côté, il abandonne la partie voisine, de sorte que lors, par exemple, que la poitrine est occupée, le ventre et le pubis cessent de l'être. Il en résulte qu'en même temps les bras et les jambes peuvent être rouges et tuméfiés. Il semble alors, au premier abord, que l'érysipèle soit multiplié, car si, comme il arrive le plus souvent, l'inflammation n'a laissé aucune trace de son passage, pas même de la desquamation ou de l'œdème, et qu'on voit l'enfant à la période de la maladie que je supposais tout à l'heure, on sera tenté de croire que l'érysipèle a commencé simultanément par les quatre extrémités, ce qui n'arrive presque jamais.

Que si, pendant la première période, le mal marche de proche en prochè, il n'en est plus de même lorsqu'il s'est une fois généralisé. Alors, en effet, il reparaît par petits îlots répandus sur toute la surface du corps, lesquels deviennent à leur tour l'origine de nouveaux érysipèles. Aussi ne peut-on regarder un enfant comme guéri, que si déjà, depuis plusieurs jours, toute rougeur a complétement disparu. Nous avons cru que la fièvre était nulle au début, mais dès que l'inflammation cutanée occupe un espace plus étendu, la réaction devient à son tour quelquefois très-vive, est caractérisée par une soif ardente, la fréquence du pouls, la chaleur de la peau. D'autres fois, et cela dans les formes les plus graves, l'enfant continue de teter; c'est à peine s'il éprouve quelques troubles fonctionnels, à cela près d'un peu d'agitation

et d'insomnie. La décoloration de la face est le caractère le plus capital, et je dirai même le seul qui s'observe chez tous les enfants; il survient quelquefois très-rapidement, d'autres fois dans une période assez avancée; plus tard, il y a une agitation extrême, des cris incessants, de l'insomnie, et dans quelques cas des vomissements, de la diarrhée, et à la fin des convulsions; en même temps, le pouls est ordinairement d'une fréquence et d'une faiblesse extrême; et à l'autopsie nous trouvions des lésions diverses des bronches, du poumon ou de l'intestin, suivant les symptômes qui avaient été observés pendant la vie; enfin, une fois nous avons trouvé une péritonite très-grave plusieurs fois déjà indiquée par Underwood, qui signalait chez les enfants morts à la suite d'érysipèle, des lésions anatomiques semblables à celles qu'on trouve chez les femmes qui meurent de la fièvre puerpérale.» Suivant Baron, l'érysipèle quand il est mortel, est accompagné de péritonite (Chomel et Blache). On a noté également la fréquence de l'érysipèle des nouveau-nés dans le cours des épidémies de fièvres puerpérales.

Les gangrènes phagédéniques viennent parfois compliquer l'érysipèle des nouveau-nés, comme la plupart des affections infantiles. La gravité du pronostic est presque constante à la ville comme dans les hôpitaux. Sur quarante-cinq cas observés par divers auteurs, trente-un se sont terminés par la mort. L'érysipèle perd cette gravité, lorsqu'il se montre chez des enfants d'un autre âge. Ainsi, on retrouve cette affection avec les caractères et les formes ordinaires qui

s'observent chez l'adulte. La face et le cuir chevelu, dans la jeunesse, ne paraissent pas aussi souvent envahis, qu'à un âge plus avancé.

TRAITEMENT DES MALADIES INFLAMMATOIRES.

Le traitement de ces affections offre jusqu'à un certain point une ressemblance assez uniforme. Pour la plupart d'entre elles, le traitement général consiste dans l'usage des boissons adoucissantes, quelquefois laxatives, de bains simples ou d'eau de son et un régime doux et régulier, rarement une émission sanguine. Telles sont, en effet, les principales indications à remplir dans les prodromes et dans le cours de presque toutes les maladies qui figurent dans ce groupe. Le traitement local seul ne se prête pas à une pareille uniformité, aussi indiquerons-nous seulement les principaux traitements locaux appropriés à chacune d'elles.

A. — **Traitement du Pemphigus simple.** — Les bulles du pemphigus sont autant que possible respectées et protégées contre les déchirures de l'épiderme, afin d'éviter les douleurs du contact de l'air sur le derme. Quelquefois cet inconvénient est prévenu en piquant légèrement les bulles trop distendues; le trop plein de la sérosité s'échappe sans permettre l'entrée de l'air. Lorsque des ulcérations succèdent à ces ruptures, elles doivent être soigneusement pansées, selon leur aspect et leur tendance à la guérison, soit avec des émollients, soit avec des excitants.

B. — **Traitement de l'Herpès et du Zona.** — Les vésicules du zona ont été successivement traitées

de plusieurs manières. Turner conseillait de les exciser. M. Serres a proposé de les cautériser, dans le but d'abréger l'éruption et d'en diminuer les douleurs. M. Rayer, à qui nous empruntons ces détails, dit : « J'ai essayé cette méthode : les cinq premières expériences ne lui furent pas favorables ; chez tous les malades la cautérisation fut douloureuse, sans que la durée du zona fût abrégée. Depuis, j'ai répété et varié cette expérience, et il me semble démontré aujourd'hui, 1° que si après avoir ouvert ou excisé les vésicules, on touche légèrement leur intérieur avec le nitrate d'argent, de manière à produire seulement une petite croûte très-superficielle, comme cela se pratique souvent pour les aphthes, la durée du zona est diminuée ; et, qu'elle est prolongée, au contraire, si la cautérisation est faite avec peu de soin, et trop profonde ; 2° que les vésicules convenablement cautérisées, sont plus rarement suivies d'excoriations ou d'escarres que celles qu'on abandonne à elles-mêmes, surtout chez les vieillards, et lorsqu'elles sont situées à la partie postérieure du tronc ; 3° que cette méthode, qu'on peut négliger dans les zona discrets et légers, doit être employée toutes les fois que des excoriations et des escarres sont à redouter sur un ou plusieurs groupes, au tronc, au visage, etc. ; 4° enfin, qu'en touchant la surface des taches rouges qui précèdent les vésicules, et notamment celles qui apparaissent après les premiers groupes, on arrête presque toujours leur développement, mais sans modifier les douleurs vives qui les accompagnent.

D'après M. le docteur Jules Parrot, trois éléments

devront attirer l'attention des thérapeutistes : 1° l'éruption; 2° les douleurs souvent très-cruelles qui l'accompagnent et lui survivent; 3° les affections du tube digestif qui, dans certains cas, auront été la cause du mal, et qui entretiennent la névralgie.

Le traitement de l'éruption sera purement local, et, comme le dit M. le docteur Cazenave, le praticien devra se contenter de mettre à l'abri des agents extérieurs les vésicules herpétiques, afin qu'elles puissent parcourir régulièrement les différentes périodes de leur évolution.

M. Cazenave fait saupoudrer avec de l'amidon les plaques d'herpès sur lesquels on a préalablement étendu une couche d'huile d'amandes douces. M. le docteur Hardy fait usage de la mixture suivante :

Amidon.....	3 parties.
Oxyde de zinc.....	1 —

Ce mélange paraît agir d'une manière efficace sur l'élément névralgique.

J'ai vu souvent Sandras appliquer avec avantage sur les vésicules du zona, un emplâtre de Vigo; elles paraissaient arriver plus rapidement à leur terme, et bon nombre d'entre elles avortaient complétement.

Lorsque les douleurs névralgiques persistent après l'éruption, l'application de vésicatoires est le meilleur moyen de détruire cette névralgie.

C. — **Traitement de l'érythème.** — Le traitement de la première classe d'érythème consiste surtout dans l'usage des boissons délayantes, le repos,

un régime doux, l'emploi des diaphorétiques et quelquefois des acides minéraux, aidés par une faible action laxative sur les voies digestives. Le traitement local est nul. Dans la seconde classe, les cuissons et le malaise, éprouvés par les jeunes malades, sont adoucis par de fréquentes lotions d'eau tiède, qui enlèvent les sécrétions âcres qui pourraient avoir lieu, et sont propres à prévenir l'excoriation, si celle-ci était produite. L'emploi des poudres absorbantes est le meilleur moyen usité.

D. — **Traitement de la roséole.** — Le traitement de cette légère affection est nul; de même que pour la plupart des maladies de ce groupe, les indications thérapeutiques sont remplies en recommandant chez les jeunes sujets une diète légère, des boissons acidulées et quelquefois l'emploi des laxatifs.

E. — **Traitement de l'urticaire.** — L'exanthème artificiel produit par la piqûre des orties, bien distinct de la fièvre *ortiée*, ne réclame le plus souvent aucun traitement. Si le nombre de piqûres a été considérable, si l'éruption occasionne de l'agacement, de l'insomnie ou d'autres symptômes nerveux, on les calme par des applications locales acidulées, par des bains frais, simples ou acidulés, ou par des lotions avec l'acétate de plomb liquide étendu d'eau froide (Rayer).

Lorsque l'urticaire aiguë est le résultat de l'ingestion de certaines substances vénéneuses ou rendues délétères par une idiosyncrasie particulière, si le vomissement ou les évacuations alvines n'ont pas eu lieu, il faut se hâter de les provoquer à l'aide du tar-

tre stibié ou de l'ipécacuanha : quelques médecins préfèrent même, lorsque les symptômes sont graves, recourir sur-le-champ au sulfate de zinc ou au sulfate de cuivre, à cause de la rapidité avec laquelle ils provoquent le vomissement.

L'urticaire est-elle indépendante de l'ingestion d'une substance vénéneuse ; est-elle jointe à une inflammation de la membrane muqueuse, apparaît-elle momentanément dans les paroxysmes de cette dernière affection : les saignées locales à l'épigastre, et à la marge de l'anus, les boissons délayantes, les lavements émollients, les bains tièdes d'eau de mauve, d'eau de laitue, une diète plus ou moins sévère remplissent, dans ces cas, une double indication, et la guérison s'opère. Dans la forme chronique, on recherche si le développement de l'éruption est favorisé par l'usage habituel de quelques boissons ou de quelques aliments dont il importerait de supprimer l'usage (Rayer).

F. — **Traitement de l'érysipèle.** — Lorsque l'érysipèle se présente, comme cela arrive le plus souvent, sous la forme d'une inflammation légère, ayant une grande analogie, par sa marche régulière, par sa bénignité, avec les éruptions appelées exanthèmes, le traitement se résume à l'emploi de moyens tels que : le repos, des lotions avec l'eau fraîche ou les décoctions de racines d'althea, des feuilles de mauve, de sureau, avec de légères onctions avec l'axonge, et quelques boissons délayantes, etc. Ils obtiennent en général une guérison qui survient presque aussi sûrement en l'abandonnant à elle-même.

Pour les cas plus graves, qui sont rares chez l'enfant, sauf toutefois celui des nouveau-nés, des médications actives nombreuses ont été également préconisées. Pour les étudier, il faut les diviser en traitement local et en traitement général. Ce dernier, dont nous allons signaler les principales médications, comprend la méthode expectante qui compte tant de succès dans les cas de marche régulière et de médiocre intensité dont nous venons de parler.

La méthode antiphlogistique, donnée par M. le docteur Bouillaud comme un véritable spécifique, dans le traitement de l'érysipèle, compte des succès remarquables chez les adultes; mais il est douteux qu'elle ait même été jamais employée chez l'enfant avec l'énergie des saignées coup sur coup. La méthode évacuante trouve son explication dans certaines constitutions médicales, où cette inflammation s'accompagne de symptômes bilieux.

Le traitement local comprend également un très-grand nombre de moyens empiriques ou rationnels, Les principaux sont : les onctions mercurielles, données comme très-efficaces par certains médecins, mais desquelles cependant MM. Blache et Chomel n'ont jamais retiré le moindre avantage; les cautérisations au nitrate d'argent, sur l'érysipèle lui-même, ou sur les parties au-devant de l'érysipèle pour arrêter son extension.

M. le professeur Velpeau a institué un traitement local de l'érysipèle, qui consiste à composer la solution suivante : Protoxyde de fer 30 grammes, eau

1000 grammes. Il prend des compresses, les imbibe du liquide et les maintient sur le siége du mal. Il incorpore également le sulfate de fer dans l'axonge pour en faire une pommade; il emploie 8 grammes de sulfate de fer pour 32 grammes d'axonge.

M. Robert Latour a proposé une médication à l'aide du collodion qui s'étend en couche légère sur la partie enflammée. Ce moyen compte également pour lui un nombre assez considérable de succès.

Le vésicatoire volant, appliqué sur l'érysipèle, dans le cas où il s'étend considérablement, ou quand il devient ambulant, est un moyen, d'après certains auteurs, de fixer le mal et de le faire séjourner sur place. D'autres praticiens ont cerné l'érysipèle à l'aide de vésicatoires périphériques, dans l'espérance que l'inflammation ne franchirait point cette prétendue barrière. Les épispastiques ne pourraient ainsi être appliqués que chez des enfants voisins de l'adolescence. A un âge plus jeune, on sait que ces agents sont assez fréquemment mal supportés, quand surtout ils offrent de grandes dimensions.

Comme on a pu le voir, nous avons décrit dans le cours de ce travail, non-seulement les maladies de la peau, propres à l'enfance, mais encore nous avons insisté sur les particularités spéciales au jeune âge dans les affections qui lui sont communes avec l'âge adulte, ou, en d'autres termes, nous nous sommes efforcés de signaler les principaux traits qui concourent à donner

aux maladies cutanées de l'enfance une physionomie spéciale.

Il était en effet beaucoup moins important de décrire longuement les maladies connues, que de mettre en évidence les *dissemblances pathologiques*, inhérentes aux âges qui font, en quelque sorte, pour l'enfant une pathologie à part dans la grande classe des dermatoses.

L'étude de ces modifications, suivant les âges de l'enfance, offre un vif intérêt au double point de vue de la pathologie et de la thérapeutique.

De cette manière de procéder il découle naturellement des considérations générales de pathogénie qui ne sont pas sans importance. C'est pourquoi nous avons dû signaler quelle part considérable il faut donner aux diathèses comme *causes* dans la production des diverses maladies de la peau.

Il ressort également de l'étude de ces maladies faite à ce point de vue, que les âges apportent des modifications capitales dans les expressions cutanées suivant tel ou tel état constitutionnel.

Les preuves de ces assertions se voient assez mal et assez rarement dans les cliniques nosocomiales par suite de l'éloignement des jeunes malades aussitôt après la guérison des localisations dermatologiques. Au contraire, dans la pratique civile, ces faits sont d'une facilité vulgaire à bien saisir. Les enfants sont suivis au milieu de leurs frères et sœurs depuis la naissance jusqu'à la puberté.

Les parents eux-mêmes, par leur santé antérieure ou actuelle, sont des éléments complémentaires dont

l'importance est parfois d'un grand secours pour le médecin. Dans de telles conditions, il arrive fréquemment qu'on assiste chez un même enfant aux transformations successives des diverses maladies de la peau se développant, par exemple, chez un scrofuleux, depuis la naissance jusqu'à la puberté. Ainsi, ce nouveau-né, dont l'apparence extérieure pourra rester satisfaisante pendant plusieurs mois, présentera vers le milieu ou la fin de son allaitement des achores fluents; celles-ci, après des guérisons successives plus ou moins nombreuses, subiront à chaque récidive une légère modification, de telle sorte qu'arrivé à la deuxième enfance le malade sera atteint de quelques-unes des variétés de l'impétigo. Ces dernières ont des significations plus ou moins expressives comme élément de scrofule suivant telle ou telle forme, ou mieux encore selon le siége et la persistance de ces lésions impétigineuses. En outre, la maladie scrofuleuse dans le cours des seconde et troisième périodes de l'enfance, se traduira par des fluxions catarrhales des muqueuses, par des abcès froids cutanés ou sous-cutanés, etc., etc.

De sorte qu'il est possible de voir pendant plusieurs années survenir ce qu'on pourrait appeler la série des manifestations cutanées propres aux constitutions scrofuleuses. Cette évolution morbide à marche lente et régulière semble suivre la marche physiologique qui préside au développement de l'individu. Dans cette série pathologique, la hiérarchie ne paraît pas infaillible, mais néanmoins, en étudiant la filiation de ces

manifestations sous ce point de vue, on ne peut s'empêcher de constater dans leur mode d'apparition un certain degré de fixité et de régularité intimement lié à l'évolution des âges.

Pour les dartres nous retrouvons à peu près les mêmes observations générales. Les maladies cutanées de la première période de l'enfance subissent avec l'âge des transformations d'une autre nature, mais qui paraissent recevoir également des modifications capitales sous l'influence des années.

Pendant la lactation chez les dartreux les achores apparaissent avec leurs caractères propres; et en avançant vers la deuxième enfance, elles se transforment en maladies lichénoïdes ou eczémateuses, accompagnées d'un prurit dont l'intensité cause parfois des troubles plus ou moins sérieux chez les enfants très-irritables. La seconde enfance, chez ces malades, est souvent affligée par des affections dartreuses rebelles, telles que le psoriasis, les diverses variétés d'eczéma, etc. A la puberté, si les conditions de santé ne sont pas modifiées par ce fait considérable, les maladies dartreuses suivent leurs phases comme on est habitué à les rencontrer chez l'adulte.

Nous avons principalement insisté sur les cachexies fréquentes dans le jeune âge, afin de montrer qu'elles donnent à certaines maladies de la peau des caractères particuliers.

De cette vérité clinique il résulte plusieurs faits très-importants pour la pathologie infantile. Tout d'abord celui-ci très-évident pour nous et sur lequel

nous serions heureux d'avoir appelé l'attention des praticiens, c'est que certaines affections cutanées cachectiques simulent souvent la syphilis congéniale.

C'est pourquoi nous nous sommes étendu longuement sur ces apparences, sur ces *pseudo-syphilis* qui atteignent les enfants dans les premiers mois de l'existence.

Nous avons décrit avec étendue les affections phagédéniques et gangréneuses très-peu connues, souvent confondues avec la diphthérite et sur lesquelles la plupart des traités classiques gardent un silence complet.

Il existe pour le jeune âge ce qui ne se retrouve pas chez l'adulte, même sous l'influence de causes identiques. La gangrène phagédénique est en effet propre à l'enfance, où elle apparaît dans des états connus, déterminés, de telle sorte qu'elle peut être prévue avec sa physionomie et ses allures particulières. Elle subit, il est vrai, quelques modifications notables suivant les âges : ainsi dans les premiers mois de la vie elle concourt à simuler la syphilis ; mais dans la seconde enfance on la rencontre avec tous ses caractères propres, et quelquefois elle prend une allure rapide et aiguë pour s'appeler gangrène de la bouche qu'il est impossible en effet de séparer de la gangrène phagédénique.

Au contraire, nous avons cru devoir être très-bref sur les maladies inflammatoires décrites complétement dans la plupart des traités de pathologie et dans tous les ouvrages sur les maladies de la peau.

Il est possible, dans un résumé rapide, de passer en revue les principales maladies de la peau apparaissant de préférence, selon telle ou telle période de

l'enfance. Plusieurs d'entre elles se montrent aux mêmes âges, et s'il en existe un certain nombre semblant appartenir indistinctement à toutes les périodes, on ne peut méconnaître que dans cette confusion apparente, il y a néanmoins une régularité facile à saisir quand on ne se laisse pas guider par les cas exceptionnels. Ainsi dans la première période de l'enfance, on constate le plus fréquemment la syphilis congéniale, l'érythème, l'érysipèle, le pemphigus simple, certaines affections cachectiques, telles que la gangrène phagédénique, le pemphigus cachectique, les achores et les maladies strophuleuses.

Dans la seconde période, outre les maladies parasitiques et inflammatoires qui peuvent se rencontrer fréquemment, on constate principalement les manifestations scrofuleuses et dartreuses, telles que l'impétigo et ses variétés, la scrofule cutanée, le lupus; le lichen, le psoriasis, l'eczéma, etc. Enfin les maladies cachectiques paraissent être à cet âge à leur maximum de fréquence.

Dans la troisième enfance, au contraire, les maladies parasitiques et inflammatoires dominent, mais les manifestations scrofuleuses et dartreuses commencées à la période précédente continuent le plus souvent à se montrer. Il est commun même de voir celles-ci s'éteindre et disparaître à cet âge, tandis qu'il est assez rare d'assister pour la *première fois*, dans la troisième période de l'enfance, à des manifestations scrofuleuses ou dartreuses n'ayant point été annoncées aux âges antérieurs.

TABLE DES MATIÈRES.

Pages.

AVANT-PROPOS V
CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES 1

PREMIÈRE CLASSE.

Syphilis 5
SECT. I. — Syphilis acquise 6
SECT. II. — Syphilis congéniale 9
Art. I. — Plaque muqueuse 14
Art. II. — Diagnostic de la syphilis 23
A. — Onglade-Onyxis 31
B. — Végétations 33
C. — Habitus extérieur 35
D. — Roséole-Érythème 41
E. — Pseudo-syphilis 45
F. Observations I à VIII 53
Art. III. — Traitement de la syphilis 65

DEUXIÈME CLASSE.

Maladies strophuleuses 72
Strophulus 73
Traitement des maladies strophuleuses 77

TROISIÈME CLASSE.

Maladies lymphatiques 79
SECT. I. — Achores 80
— II. — Engelures 90
— III. — Acné molluscoïde 97
Observation VIII 116

Pages.

Observation IX..... 121

TRAITEMENT DES MALADIES LYMPHATIQUES..... 125

A. — Traitement des achores..... 125

B. — Traitement des engelures..... 128

C. — Traitement de l'acné molluscoïde..... 131

QUATRIÈME CLASSE.

Maladies scrofuleuses..... 133

SECT. I. — Scrofule cutanée..... 137

Art. I. — Tubercules cutanés..... 137

— II. — Tubercules sous-cutanés..... 140

— III. — Ulcères scrofuleux..... 141

SECT. II. — Lupus..... 146

— III. — Impétigo..... 153

A. — Impétigo du cuir chevelu..... 156

B. — Impétigo de la face..... 159

C. — Ophthalmies scrofuleuses..... 161

TRAITEMENT DES MALADIES SCROFULEUSES..... 165

A. — Traitement du lupus..... 167

B. — Traitement de l'impétigo du cuir chevelu..... 172

C. — Traitement de l'impétigo du visage..... 173

CINQUIÈME CLASSE.

Dartres..... 175

SECT. I. — Prurigo..... 177

— II. — Lichen..... 180

— III. — Eczéma..... 184

Eczéma du cuir chevelu..... 187

— IV. — Lèpre..... 193

— V. — Psoriasis..... 196

— VI. — Pityriasis..... 199

— VII. — Ichthyose..... 203

— VIII. — Dartres des muqueuses..... 207

TRAITEMENT DES DARTRES..... 209

A. — Traitement du prurigo et du lichen..... 209

B. — Traitement de l'eczéma..... 210

Pages.
C. — Traitement de la lèpre et du psoriasis..... 212
D. — Traitement du pityriasis..... 218
E. — Traitement de l'ichthyose..... 219

SIXIÈME CLASSE.

Maladies parasitiques..... 220
PARASITES VÉGÉTAUX..... 222
SECT. I. — Teigne faveuse..... 223
— II. — Teigne tonsurante..... 228
— III. — Teigne pelade..... 233
PARASITES ANIMAUX..... 236
SECT. IV. — Gale..... 236
— V. — Affection pédiculaire..... 241
TRAITEMENT DES MALADIES PARASITIQUES..... 242
A. — Traitement de la teigne faveuse..... 244
B. — Traitement de la teigne tonsurante..... 244
C. — Traitement de la teigne pelade..... 247
D. — Traitement de la gale..... 247

SEPTIÈME CLASSE.

Maladies cutanées hémorrhagiques..... 249
SECT. I. — Purpura..... 250
Traitement du purpura..... 255

HUITIÈME CLASSE.

Maladies cutanées cachectiques..... 257
SECT. I. — Pemphigus cachectique..... 260
— II. — Rupia..... 266
— III. — Ecthyma cachectique..... 271
— IV. — Gangrène phagédénique..... 274
Observations X, XI, XII. — Gangrène phagédénique..... 302
SECT. V. — Diphthérite cachectique..... 313
Observations XIII, XIV. — Diphthérite cachectique..... 323
TRAITEMENT DES MALADIES CUTANÉES CACHECTIQUES..... 336
A. — Traitement du rupia..... 337
B. — Traitement de l'ecthyma cachectique..... 338

Pages.
C. — Traitement de la gangrène phagédénique..... 338
D. — Traitement de la diphthérite ultime..... 341

NEUVIÈME CLASSE.

Maladies inflammatoires..... 342
Sect. I. — Ecthyma aigu..... 343
— II. — Pemphigus simple..... 345
— III. — Herpès..... 352
1° Herpès phlycténoïde..... 352
2° Herpes labialis..... 355
3° Zona..... 359
Sect. IV. — Erythème..... 363
— V. — Roséole..... 366
— VI. — Urticaire..... 370
— VII. — Erysipèle..... 373
Traitement des maladies cutanées inflammatoires..... 377
A. — Traitement du pemphigus simple..... 377
B. — Traitement de l'herpès et du zona..... 377
C. — Traitement de l'érythème..... 379
D. — Traitement de la roséole..... 380
E. — Traitement de l'urticaire..... 380
F. — Traitement de l'érysipèle..... 381

FIN DE LA TABLE.

ERRATA.

Page 10, ligne 3, *lisez* : ce point au lieu de le point.
Page 14, ligne 1 de la note, *lisez* : infirmer au lieu d'exprimer.
Page 68, ligne 11, *lisez* : ce n'est point à propos au lieu de c'est à propos.
Page 130, ligne 17, *lisez* : « viennent à s'ulcérer » au lieu de viennent s'ulcérer.
Page 155, ligne 14, *lisez* : fluentes au lieu de fluents.
Page 187, ligne 19, *lisez* : persistantes au lieu de persistants.
Page 195, ligne 20, *supprimez* le mot mention.

Corbeil, typographie et stéréotypie de Crété.

27.B.142.
Traite pratique des maladies de1859
Countway Library BDR2929
3 2044 045 468 329

27.B.142.
Traite pratique des maladies de1859
Countway Library BDR2929
3 2044 045 468 329